

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1960

N°

202

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

HAUTEFEUILLE Pierre

Né le 31 Octobre 1927 à Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

Prosecteur à l'Amphithéâtre d'Anatomie de
l'Assistance Publique

Présentée et soutenue publiquement le

1960

REPARATIONS BILIAIRES DIFFEREES

APRES

LESION DE LA VOIE PRINCIPALE CREEE EN COURS DE CHOLECYSTECTOMIE

Etude d'une série intégrale de 38 cas hospitaliers

Président : M. G. CORDIER - Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1960

N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

HAUTEFEUILLE Pierre

Né le 31 Octobre 1927 à Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

Prosecteur à l'Amphithéâtre d'Anatomie de
l'Assistance Publique

Présentée et soutenue publiquement le

REPARATIONS BILIAIRES DIFFEREES

APRES

LESION DE LA VOIE PRINCIPALE CRÉÉE EN COURS DE CHOLECYSTECTOMIE

Etude d'une série intégrale de 38 cas hospitaliers



Président : M. G. CORDIER - Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.),
 HADROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.),
 ASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.),
 EUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL
 E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU
 P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
 LIVIER (E.), RICHET (C.), STROHL (A.), TANON (L.), PASTEUR VALLERY-
 ADOT, PETIT-DUTAILLIS .

DOYEN..... Léon BINET (Membre de l'Institut)
 ASSESSEUR..... Jean VERNE

I- PROFESSEURS

anatomie	CORDIER G.
anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS A.
anatomie Pathologique	DELARUE J.
anesthésiologie	BAUMANN J.
bactériologie	FASQUELLE R.
biochimie médicale	JAYLE (M.F)
biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	CHAILLEY BERT
biologie médicale	FAUVERT (R)
oncologie médicale et sociale	BERNARD (J)
clinique carcinologique (Inst. G. ROUSSY)	REDON (H.)
clinique cardiologique Broussais	MOUQUIN (M.)
(Beaujon)	SICARD (A.)
cliniques chirurgicales (Cochin)	QUENU (J.)
(Hôtel-Dieu)	MENEGAUX (G.)
(St-Antoine)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P.)
clinique de chirurgie infantile et orthopédique	
(Enfants Malades)	FEVRE (M.)
clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice	
(Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
clinique de chirurgie cardio-vasculaire	
(Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F.de)
clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
clinique génétique médicale (Enfants Malades)	LAMY (M)
clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
(St-Louis)	DEGOS (R)
clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)	CATHALA (J)
clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)
clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste Anne)	DELAY (J)
clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T)
biochimie Médicale (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA G.
biologie Médicale (Prof. à titre personnel)	BOURLIERE F.

	(Boucicaut	LENEGRE J.
	(Broussais	GENNES (L.de)
Cliniques Médicales	(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	(Lariboisière	SOULIE (P.)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique		
	et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique		GENNES (L. de).
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des		
maladies de la nutrition (Hôtel Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		M. DAVID
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique (Hôtel Dieu)		VARANGOT (J)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		RENARD (G)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)		AUBRY
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)		MARIE (J)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)		BERNARD (E)
Clinique de puériculture (St-Vincent de Paul)		MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		LELONG (M)
Clinique stomatologique (Pitié)		COSTE (F)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)		SENEQUE (J)
Clinique Urologique (Cochin)		LEMAIRE (A)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)		FEY (B)
Embryologie		DJOURNO (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		GIROUD (A)
Histologie		SEZE (S. de)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)		VERNE (J)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		DEPARIS (M)
Hygiène et médecine préventive		TURPIN (R)
Médecine du travail		JOANNON (P)
Médecine légale		DESOILLE (H)
Parasitologie		PIEDELIEVRE (R)
Pathologie chirurgicale		GALLIARD (H)
Pathologie exotique		COUVELAIRE (R)
Pathologie expérimentale et comparée		LAVIER (G)
		MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale		
Pathologie et thérapeutique générales		MILLIEZ
Pharmacologie et matière médicale		GARCIN (R)
Physiologie		CHEYMOL (J)
Physiologie (chaire à titre personnel)		BINET (L)
Physique médicale		BARGETON (D)
Radiologie médicale		DOGNON (A)
Technique chirurgicale		DESGREZ (H)
Thérapeutique		LEGER
		BROUET (G)

II- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE
CONFERENCES - AGREGES

- Anatomie..... (CABROL (C)
(COUINAUD (C)
(OLIVIER (G)
- Anatomie pathologique (GAUTHIER VILLARDS (Mlle P) pr. s. ch.
(BUSSE (F)
(GOUYGOU (Ch)
(ORCEL (L)
(PAILLAS (J)
- Anesthésiologie..... VOURE'H (G)
- Bactériologie..... (NEVOT (A.) pr.s.ch.
(BARBIER (P.)
(CHRISTOL (D)
(TOURNIER (P.)
- Biochimie médicale (DESGREZ (P.) pr.s.ch.
(POLONOVSKI (J.) m.conf.
- Biologie appliquée à l'Educ.Phys. et sports : PLAS F.
- Biologie médicale... BOURLIERE (F.) m. conf.
- Carcinologie..... (DENOIX (P)
(MATHE (G)
- DERmato-syphiligraphie... DUPERRAT (B)
- Electro-radiologie... LEDOUX LEBARD (G)
- Embryologie... TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- Hématologie..... (BILSKI-PASQUIER (G)
(DAUSSET (J.)
- Histologie..... (COUJARD (R.) pr.s.ch.
(MAROIS (M.)
(RACADOT (J.)
- Hydrologie..... CORNET (A.)
- Hygiène..... (BOYER (J.) pr. s. ch.
(CORRE-HURST (Mme L.)
- Maladies infectieuses... (BASTIN (R)
(DUPONT (V.)

Médecine légale..... {DEROBERT (L.) pr.s.ch.
{HADENGUE (A.)
{FOURNIER (E.)
{GUENIOT (M.)

Médecine du travail..... ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie..... DAVID (M.)
Neurologie..... LHERMITTE (F.)

Obstétrique..... {GRANJON (A.)
{HERVET (E.)
{LE LORIER (G.)
{MORIN (P.)
{MUSSET (R.)
{ROBEY (M.)
{THOYER-ROZAT (J.)

Ophtalmologie.... {BREGEAT (P.)
{SARAUX (H.)

Orthopédie..... {JUDET (R.)
{RAMADIER (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie... DEBAIN (J.)

Parasitologie..... {BRUMPT (L.C.) pr.s.ch.
{CHABAUD (A.)

{BARCAT (J.)
{BINET (J.P.)
{CAUCHOIX (J.)
{CHATELIN (C.L.)
{DUBOST (Ch.)
{DUBOST (Cl.)
{FAUREL (J.)

Pathologie chirurgicale..... {FLABEAU (F.)
{GERMAIN (A.)
{LAURENCE (G.) agr.per.
{LORTAT-JACOB (J.L.)
{LOYGUE (J.)
{MERCADIER
{PERROTIN (J.)
{ROBERT (H.)
{THOMERET (G.)

Pathologie exotique..... SCHNEIDER (J.)

{CROSNIER (J.)
{HARTMANN (L.)

Pathologie expérimentale..... {LOEPEL (J.)
{MAURICE (J.)
{RICHEL (G.)

	Aus
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
Pathologie médicale.....	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
	(GATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(OOURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHÉ (Cl.)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture.....	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J.)
	(LECHAT (P.)
Physiologie.....	(PARROT (J.) pr.s.ch.
	(DEJOURS (P.)
Physique médicale.....	GOUGEROT (L) m.conf.
	KELLERSHOHN
Pneumo-phtisiologie...	KREIS (B.)
Psychiatrie.....	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile...	DUCHÉ (D)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme) m.c.agr.
	(GRELLET (M.)
	(CHASSAGNE (P.)
Thérapeutique.....	(LAMOTTE (M.)
Urologie.....	QUENU (L.)

III- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE

CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

--

(ABOULKER (P)
(AMELINE (A)
(HUGUIER (J)

Clinique Chirurgicale

(OLIVIER (C)
(PADOVANI (P)
(POILLEUX (F)
(ROUX (M)
(VERNE (J.M.)

(BOUDIN (G)
(CONTE (M)
(DOMART (A)

Clinique médicale

(PERRAULT (M)
(RAMBERT (P)
(THIEFFRY (S)
(TURIAF (J)

(GRASSET (J)
(LEPAGE (F)
(MAYER (M)

Clinique

Obstétricale..

(RAVINA (J)

Clinique ophtalmologique... DESVIGNES (P), OFFRET (G.)

Clinique oto-rhino-laryngologique... MADURO (R)

Clinique pédiatrique et puériculture... LAPLANE (R)

Clinique psychiatrique... BARUK (H)

Clinique urologique KUSS (R)

Médecine légale GAULTIER

IV- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... HAUDUROY (P) pr.s.ch.

Biochimie médicale.. ETTORI (J) pr.à t.pers.

Pathologie chirurgicale.. RUDLER (J) pr.s. ch.

Secrétaire général de la Faculté... M. LENA (J)

Secrétaires... Mme BEURLAND (H), Mlle CHAINTREUIL (G) Mlle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque.. Dr HAHN (A)

Conservateurs... Mlles DUMAITRE (P) GOICHON (A.M)

Bibliothécaires... Mme CONTET (J.) Mlles LAURENT (H), LE NOIR (G)

QUIEVREUX (E)

En Témoignage de mon affection

Je dédie cette thèse

A MES PARENTS

et particulièrement à mon Père le Docteur
Edouard HAUTEFEUILLE

Il est pour moi un exemple

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A Mon Beau-Père le Docteur Jean MERY

Son affection m'est un guide précieux.

A Mon Maître

Monsieur le Professeur Gaston CORDIER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

En témoignage de gratitude pour la sagesse
des principes chirurgicaux qu'il m'a enseignés,
et de vive reconnaissance pour la bienveillance
avec laquelle il a guidé mon éveil à la chirurgie.

A Mon Maître

Monsieur le Docteur Jacques HEPP

Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Je dédie cette étude d'une oeuvre qu'il
a tout entière pensée et réalisée.

Qu'il y trouve le témoignage motivé de
mon admiration et aussi le gage de ma
profonde affection.

EN TEMOIGNAGE DE GRATITUDE ET D'ADMIRATION

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Docteur André MAURER
Monsieur le Professeur Jean QUENU
Monsieur le Professeur Maurice DEROT
Monsieur le Docteur René Antoine SCHWOB
Monsieur le Professeur Jean LENE GRE
Monsieur le Professeur René MOREAU

Internat Provisoire :

Monsieur le Docteur Robert WEISMANN-NETTER

Internat de la Seine :

Monsieur le Docteur André MONSAINGEON

Internat :

Monsieur le Docteur Sylvain BLONDIN
Monsieur le Professeur Gabriel LAURENCE
Monsieur le Professeur Lucien LEGER
Monsieur le Professeur Gaston CORDIER
Monsieur le Docteur Jacques HEPP
Monsieur le Professeur François de GAUDART d'ALLAINES
Monsieur le Professeur Jean MATHEY

A MES MAITRES DE L'ECOLE PRATIQUE DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur G. CORDIER
Monsieur le Professeur A. DELMAS

A MON MAITRE DE L'AMPHITHEATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur André DUFOUR

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur agrégé Charles DUBOST
Monsieur le Professeur agrégé Maurice MERCADIER
Monsieur le Professeur agrégé Jean-Paul BINET

Monsieur le Docteur Jean Jacques GALEY
Monsieur le Docteur Claude de GAUDART d'ALLAINES
Monsieur le Docteur Henri LE BRIGAND

A MES AINES ET AMIS

Monsieur le Professeur agrégé C. CABROL
Monsieur le Docteur Ph. BLONDEAU
Monsieur le Docteur J.L. CHEVRIER
Monsieur le Docteur H. GARNIER
Monsieur le Docteur P. MASSE
Monsieur le Docteur P. MONTETE
Monsieur le Docteur J. VAYSSE

A Mon Ami le Docteur Robert PERNOD

A chaque geste de ce travail il a apporté
le soutien de son expérience et de son amitié.
Qu'il trouve ici le témoignage d'une très
grande reconnaissance.

A TOUS MES COLLEGUES ET AMIS.

INTRODUCTION

DEFINITION DU SUJET

La réparation biliaire pour lésion chirurgicale de la voie principale pose des problèmes nombreux. La littérature publiée à ce sujet est considérable, même si l'on se limite aux réparations différées, et aux traumatismes consécutifs à la chirurgie proprement biliaire.

Notre propos n'est pas de tenter de faire la somme de ces travaux, et nous ne ferons que donner à la fin du texte l'essentiel de la bibliographie récente.

L'objectif de ce travail est très strictement limité. Il est de rapporter le résultat de la série intégrale des réparations différées effectuées par notre Maître le Docteur HEPP, dans son Service Hospitalier de Bichat, depuis le début de son expérience en 1951, jusqu'en Juin 1959.

L'analyse de ces observations, et l'essai de faire le bilan d'une expérience homogène constituent tout l'objet de cette étude.

A l'absence d'autres considérations que celles qui sont directement inspirées par l'analyse de ces observations, nous espérons que l'on voudra bien ne pas prêter d'autre intention qu'un souci de rigueur et d'unité.

C'est ce souci qui nous a conduit à limiter cette analyse aux observations hospitalières, et aux lésions secondaires à la chirurgie proprement biliaire.

LE MATERIEL D'ETUDE

= 38 observations comportant 48 observations dont 44 réelles réparations, et constituant la statistique intégrale des cas traités par le Docteur HEPP lui-même de Janvier 1951 (1er cas) à Juin 1959.

= Il ne s'agit uniquement que de réparations DIFFEREES. Les DELAIS, blessure initiale - réparation effectuée à Bichat, varient de 1 mois 1/2 à 7 ans (de 3 à 18 mois pour l'immense majorité).

Ces délais ne furent que pour deux cas volontairement choisis par l'opérateur.

= Il s'agit uniquement de lésions causées par une intervention chirurgicale dirigée sur les voies biliaires.

Nous avons exclu les 2 cas post-gastrectomies qui se présentent un peu différemment et 2 autres cas d'origines disparates. L'addition de ces cas n'aurait en rien altéré la proportion des résultats favorables, mais lui aurait ôté de son homogénéité.

DEFINITIONS LIMINAIRES

A- C'est l'ensemble des procédés permettant de rétablir le cours de la bile vers l'intestin que nous désignons (comme tous les auteurs), par le terme de REPARATION. Et la reconstruction morphologique de la voie biliaire principale n'est que l'un des modes de réparation.

B- Nous croyons très utile de distinguer parmi ces réparations 3 catégories d'interventions. Réalisées dans des délais différents depuis la plaie originelle, elles trouvent des conditions locales extrêmement différentes.

Les Réparations Immédiates

Elles sont effectuées lorsque la plaie est reconnue au cours même de l'intervention.

Elles s'adressent à un arbre biliaire, à un pédicule hépatique, à un foie, à un malade enfin qui n'ont pas encore subi les conséquences de cette plaie.

Les Réparations Précoces

Elles sont effectuées dans les jours qui suivent l'intervention initiale. Elles s'adressent à une région certes inflammatoire, mais où la sclérose n'a pas encore eu le temps de se constituer, ni d'importante dilatation des voies biliaires hautes.

Les Réparations Différées

Elles s'adressent à un patient dont l'état général a subi, souvent de longs mois, les conséquences de l'interruption biliaire. Elles sont réalisées dans un champ opératoire très remanié par la sclérose et l'inflammation, sur des voies biliaires dont les lésions ont parfois considérablement évolué, et sous un foie qui peut avoir souffert de la lésion de son émonctoire.

Cette distinction est loin d'être habituelle dans les statistiques. Nous la pensons strictement indispensable à la validité des comparaisons.

C- C'est une autre distinction que certains auteurs introduisent avec le terme de REPARATION PRIMITIVE. Ils indiquent en général par ce vocable le fait que la réparation considérée est la première en date pour le malade intéressé. Le

contraire de REPARATION ITERATIVE, dont l'indication ressort de l'échec d'une première Réparation.

D- Enfin dans ce texte le terme de REPARATION n'est pas synonyme de REINTERVENTION. Le premier est réservé aux interventions qui ont effectivement réalisé un drainage interne des voies biliaires hautes.

LA CONCEPTION DU PROBLEME POSE

Nous rappellerons ici les données fournies par les lésions telles qu'elles furent rencontrées au cours des Réparations Différées et le principe des montages réalisés.

LES LESIONS

Leur Génèse

Les renseignements recueillis quant aux conditions du traumatisme initial de ces cas sont les suivants :

= Pas une seule fois la lésion de la voie biliaire principale ne fut la conséquence de manoeuvres effectuées délibérément sur l'hépto-cholédoque.

= Le temps dangereux en chirurgie biliaire, c'est donc la CHOLECYSTECTOMIE.

. Elle menace la voie biliaire principale à deux instants distincts :

- lors du temps cystique (dissection, ligature et section du canal cystique) ;

- lors du clivage de la vésicule au niveau du col et lors de la ligature de l'artère cystique.

Sur 38 cas, 1 seul se présentait initialement en tant que Réintervention biliaire, 1 seul avait auparavant subi une autre intervention chirurgicale dans l'étage sus-mésocolique (gastrectomie).

8 C.R.O initiaux seulement signalent de réelles difficultés locales dues à des remaniements inflammatoires.

Pas un seul C.R.O. n'attribue la lésion à l'existence d'une anomalie topographique congénitale.

La grande majorité des interventions initiales étaient donc des cholécystectomies banales pour lithiase vésiculaire douloureuse.

La cholécystectomie antérograde est mise en cause autant que la cholécystectomie rétrograde.

. Les lésions reconnues par les opérateurs initiaux sont de 3 types :

- la ligature circonférentielle ou latérale ;
- la section simple totale ou partielle.

- la résection d'un segment plus ou moins long de l'hépatique, soit en remontant à partir du cystique (cholécystectomie rétrograde), soit en descendant à partir du col (cholécystectomie antérograde).

Les remaniements inflammatoires et cicatriciels après quelques mois sont assez actifs, pour qu'il soit alors impossible de dire s'il s'agissait d'une section, d'une ligature ou fil résorbable, ou d'une résection limitée.

La réparation d'une ligature est donc aussi difficile que celle d'une section. Latérale au départ, la lésion deviendra vite une atteinte circonférentielle.

= 12 fois seulement sur 38 cas, l'opérateur initial s'aperçoit qu'il a lésé la voie biliaire principale.

2 fois la section aurait peut être pu être évitée si l'on avait accordé à temps toute sa valeur à l'ABSENCE D'INJECTION DES VOIES HAUTES lors de la CHOLANGIOGRAPHIE TRANS-CYSTIQUE.

Ce symptôme prend toute sa valeur s'il persiste malgré les manoeuvres essayant d'objectiver les voies hautes : fermeture de l'Oddi par la morphine, Trendelenburg, etc... Il permet alors de s'apercevoir que l'on a créé une lésion de

la voie biliaire principale. Donc d'agir en conséquence et en premier lieu d'éviter de transformer ce qui n'est encore qu'une section simple au niveau de la convergence cystique, en une résection de l'hépatique qui menacerait la convergence hilare des branches droite et gauche.

L'Evolution des lésions initiales

La lésion méconnue, laissée à elle-même, va causer de considérables remaniements locaux. Elle ne reste pas ce qu'on l'a faite. Aussi les réparations immédiates, précoces et tardives sont des interventions qui s'adressent à des conditions très dissemblables. Ce qui convient aux unes peut donc être totalement caduc pour les autres.

Trois facteurs essentiels ont modifié l'état des voies biliaires, à la date où l'on intervient pour effectuer une Réparation Différée.

Ce sont :

- la Sténose cicatricielle ;
- la Dilatation des voies hautes en amont ;
- la Rétraction vers le hile du segment supérieur

distendu,

1- La Sténose cicatricielle

Elle va de soi si le canal supérieur est lié. Mais elle se produit aussi sur les tranches de section non suturées.

Elle n'est qu'un cas particulier de la tendance qu'ont tous les organes creux blessés et non suturés bord à bord à se sténoser.

Mais cette tendance acquiert ici une particulière intensité.

Ainsi elle est rarement totalement absente même lorsqu'il existe une fistule biliaire externe persistante. (NOV...)

Sur 22 fistules relevées, 10 ont tari spontanément pour faire place à une rétention totale : (4 en moins d'1 mois, 2 en 1 mois, 3 en 4 mois, 1 en 7 mois).

Cette tendance particulière à la sténose qu'ont les voies biliaires blessées, est d'ailleurs une ennemie redoutable même pour les anastomoses bien faites.

2- La dilatation des voies biliaires sus-jacentes à la sténose.

La conséquence importante de la sténose est la dilatation sus-jacente des voies hautes.

C'est une conséquence bénéfique pour le chirurgien, elle l'aide considérablement à réaliser des anastomoses de calibre satisfaisant.

Modalités d'apparition

De nombreux travaux expérimentaux ont étudié la genèse de cette dilatation, parmi lesquels ceux rapportés par Claude d'ALLAINES dans sa thèse. Ils montrent que cette dilatation apparaît vite.

La véritable expérimentation clinique que représente notre série d'observations fournit les données suivantes :

= Aucun cas de fistule biliaire externe parvenu à Bichat avec la persistance d'un gros débit, ne possédait de notable dilatation.

Ceux qui n'avaient aucune rétention partielle n'avaient non plus aucune distension (RIV..., JAQ..., LED..., RIO...)

= Tous les malades qui avaient une nette rétention avaient aussi une nette dilatation.

Deux cas prouvent que cette dilatation peut atteindre un très haut degré en très peu de temps :

- De PER... : c'est la plus forte dilatation de cette série, elle est constatée 1 mois 1/2 après une ligature certaine du canal hépatique. Le tableau clinique était celui d'une rétention totale pratiquement pure de tout autre symptôme.

- JOL..., dans le même délai, constitue une considé-

nable dilatation. Il existait, en plus d'une rétention notable, un syndrome grave d'angiocholite suppurée.

Aucun cas n'apporte la preuve que la dilatation progresse avec l'augmentation de la durée de la rétention.

Les plus fortes dilatations de cette série sont engendrées par des rétentions intenses, de courte évolution, et installées tôt après la lésion initiale.

Il existe cependant des exemples de dilatation notable, chez des sujets parvenus tardivement à un syndrome de rétention complète, après qu'une fistule biliaire se fût tarie, ou qu'une première anastomose de réparation se fût sténosée. Et parfois les crises d'angiocholite avaient, d'assez loin, précédé l'ictère continu (DES...).

Pour décider de la date à laquelle il vaut mieux pratiquer une réparation différée, il n'est pas indifférent d'être éclairé sur les modalités d'apparition de la dilatation. Car la présence ou l'absence de ce facteur joue un grand rôle dans les possibilités opératoires.

Si c'est l'intensité et non la durée de la rétention qui détermine le degré de dilatation, alors il est inutile d'attendre pour les ictériques, car le parenchyme hépatique, lui, souffre de la situation.

Il est donc souhaitable de faire des anastomoses d'autant plus larges que les voies biliaires sont plus dilatées et demeurées plus souples.

Souhaitable aussi d'utiliser sur la voie biliaire une brèche latérale, moins sensible à cette élasticité, plutôt que la circonférence terminale qui y est intégralement assujettie.

3- La Rétraction vers le hile du moignon biliaire

= C'est une conséquence grave de la tendance rétractile cicatricielle qui se manifeste dans toute la région sous-hépatique. Elle conduit la dissection à ne trouver un grand nombre de moignons biliaires qu'au niveau du hile seulement. Même si la voie biliaire avait été primitivement lésée assez bas sur le canal hépatique.

= La persistance d'une continuité biliaire partiellement conservée (plaie latérale), voire totalement conservée (sténose d'une reconstruction immédiate), n'empêche pas toujours cette ascension de se produire.

Ainsi DRA... qui n'a pas de moignon hépatique radiologiquement visible, et qui pourtant avait été l'objet d'une suture hépatico-cholédocienne pratiquée immédiatement après une résection de 1 cm 5, juste sus-jacente à la confluence du cystique.

= Pour les cas comportant une importante distension, un facteur particulier semble jouer, car ces cas ne présentent que très rarement un long moignon.

Il est possible que la distension sus-jacente à une sténose serrée, agisse sur la voie biliaire à la manière de la distension sur un jersey à plâtre, prenant sur la longueur l'étoffe nécessaire à l'augmentation du calibre.

..

Nous envisagerons au chapitre décrivant le déroulement de l'intervention, les remaniements régionaux qui compliquent la dissection nécessaire pour aborder le hile.

Nous rapporterons à la fin de cette analyse, les retentissements hépatiques constatés histologiquement.

LES PRINCIPES THERAPEUTIQUES

Le cours de la Bile vers l'intestin est interrompu, ou gravement altéré. Il s'agit de le rétablir.

IL S'AGIT DE RETABLIR UNE FONCTION.

∴

LES 3 GRANDS TYPES DE MONTAGE

Pour y parvenir une foule de procédés ont été décrits.
Tous réalisent l'un des 3 TYPES DE MONTAGE suivants :

I- LES RECONSTRUCTIONS

rétablissent le cours de la bile en rétablissant la continuité de la voie biliaire principale par anastomose hépatico-cholédocienne termino-terminale.

II- LES DERIVATIONS BILIO-DIGESTIVES

renoncent à copier l'anatomie. Elles dérivent la bile en anastomosant directement un segment digestif aux voies biliaires sus-jacentes à la sténose.

De ces dérivations il existe deux variétés principales :

Les Dérivations CENTRALES

= Elles vont capter la bile au niveau du tronc de l'arbre biliaire. Selon ce qu'il reste de ce tronc, ce sera à la hauteur du pédicule hépatique, ou plus haut dans le hile.

La brèche biliaire qu'elles utilisent portera près du confluent central, à la partie déclive des voies hautes, là surtout où elles ont le plus gros calibre.

= Comme les Reconstructions, elles ont l'inconvénient d'utiliser les voies biliaires hautes aux alentours de la zone lésionnelle.

Cela réclame qu'il soit possible d'y parvenir, et il faut s'attendre à trouver là une voie biliaire dont la paroi est remaniée.

= Mais les dérivations centrales ont sur les reconstructions un avantage théorique. (El n'est pas que théorique) : Elles ne sont pas asservies au mode d'anastomose termino-terminal. Or, être autorisé à établir sur la voie haute une bouche de dérivation latérale, cela laisse libre de faire cette bouche d'un calibre choisi (et non pas imposé par le diamètre du canal retrouvé). Cela permet aussi de remonter plus haut à la recherche de lèvres biliaires plus saines.

- Les Dérivations INTRA-HEPATIQUES

= Elles vont capter la bile, non sur le tronc de l'arbre biliaire, mais sur l'une de ses branches. Elles sont donc périphériques par rapport aux dérivations centrales.

C'est leur élégance : elles évitent la zone lésionnelle et la dérivation intra-hépatique est la seule tactique qui soit réalisable sans dissection du pédicule ni du hile hépatique.

C'est aussi leur servitude : même celles qui pénétrèrent profondément dans le foie ne parviennent à rattraper au mieux qu'un canal segmentaire. Donc, un canal de calibre plus réduit que le Tronc central. Et ce canal retrouvé ne permet qu'une anastomose terminale.

LES CONDITIONS DE LA QUALITE

Pour être satisfaisant, tout procédé de réparation doit remplir deux conditions théoriques essentielles :

1- L'issue qu'il offre à la bile doit avoir des chances raisonnables d'être définitivement libre. Il faut donc créer une bouche large, et la confectionner de façon qu'elle soit le moins possible menacée par la sclérose cicatricielle rétractile.

2- S'il s'agit d'une dérivation, elle doit éviter le risque de créer elle-même des perturbations hépato-biliaires ou intestinales.

I- La meilleure façon d'éviter la Sténose secondaire n'est-ce pas de réaliser UNE ANASTOMOSE SATISFAISANTE chirurgicalement ?

- C'est toujours au niveau de l'anastomose (plus encore au niveau de ce qui veut en tenir lieu) que siègent les sténoses secondaires.

- C'est une loi fondamentale de pathologie générale que seule la cicatrisation de première intention, entre des épithélium bien affrontés, assure une cicatrice régulière et qui ait quelque chance de demeurer souple.

Depuis le premier cas, l'idée directrice qui détermine la tactique de toutes les interventions ici rapportées est une idée simple :

L'ESSENTIEL pour obtenir un bon résultat, c'est de réaliser une ANASTOMOSE SATISFAISANTE.

C'est à dire une anastomose bord à bord, large et en tissu sain.

- Une anastomose bord à bord qui affronte la voie biliaire haute et le segment sous-jacent qui reçoit la bile, muqueuse à muqueuse, sans intermédiaire de tissu conjonctif nu. Tout autre procédé de raccord n'est qu'une "fistulo-anastomose". En fait une "fistule interne dirigée".

- Une anastomose large, trop large même lorsqu'on la fait. Nous avons vu que la rétention levée, les voies biliaires reviennent sur elles-mêmes. Le jeu de cette élasticité est susceptible de diminuer de moitié le diamètre d'une anastomose terminale sur la voie biliaire.

Il est moins nuisible au diamètre d'une anastomose latérale, car il concerne beaucoup plus le diamètre que la longueur des canaux biliaires.

- Une anastomose enfin qui affronte les tissus sains. Certes la berge biliaire supérieure est imposée. Encore qu'une dissection qui dépasse largement en haut la zone sténosée ait l'avantage de retrouver des tissus beaucoup moins altérés que ceux qui bordent la lésion elle-même.

Du moins pour l'organe que l'on monte, il semble logique de le choisir sans défaut.

Une telle anastomose, quelque soit le désir de l'opérateur n'est pas toujours réalisable matériellement. Force est alors

de se "résoudre" (c'est le mot des C.R.O.) à l'imparfait, voire à l'insatisfaisant.

Les progrès techniques, acquis avec le temps en ce qui concerne cette série, sont orientés vers un seul but : réduire le plus possible le nombre des anastomoses qui laissent à désirer.

Par contre, l'emploi d'une prothèse interposée entre la voie biliaire et l'intestin, matérialise une conception intellectuelle fondamentalement différente du souci d'assurer, avant tout, une anastomose de qualité.

Aucun des cas rapportés ici ne comporte l'emploi d'une telle prothèse, qu'elle soit de matériel inerte ou qu'elle soit greffe de tissus vivants. On peut d'ailleurs s'interroger sur les motifs de fixer à la voie biliaire retrouvée autre chose que l'organe qui finalement recevra la bile. (+)

+) C'est vis à vis du versant biliaire haut qu'il est important d'être terminal ou latéral, alors que pour le grêle la position latérale ou (c'est exceptionnel) terminale est sans grande conséquence.

Lorsqu'il s'agit d'une anastomose bilio-digestive entre une anastomose termino-terminale ou termino-latérale, il n'y a qu'une nuance. Entre une anastomose latéro-terminale et une anastomose termino-latérale, il y a une considérable différence.

Par souci de clarté nous ne qualifierons donc plus les anastomoses que par un seul adjectif, celui qui qualifie le versant biliaire.

II- Le montage d'une dérivation ne doit pas en lui-même être générateur de troubles.

- Le danger pour le foie et les voies biliaires est celui du Reflux

L'anse en Y à la ROUX est vis à vis de ce danger le montage le plus satisfaisant. C'est le seul employé ici, en excluant une longueur d'anse toujours supérieure à 50 centimètres et souvent atteignant 70 à 80 cms.

3 contrôles pratiqués à distance, par transit baryté, montrent l'absence de reflux dans les voies biliaires, même après compression.

Le duodénum, segment intestinal à l'antipéristaltisme si puissant, n'a pas été employé.

Pour les Dérivations intra-hépatiques, le LONGMIRE est depuis 55 préféré au DOGLIOTTI.

- On a décrit des ulcères peptiques après dérivation basse de la bile dans le jéjunum.

Pas un seul des 35 montages réalisés par anse en Y n'a provoqué cette lésion.

Un de ces montages est porté sans ennui par un ancien gastrectomisé, depuis 9 mois. (JOL...)

Il existe un cas de gastrite hypochlorhydrique chez une femme qui porte une gastro-entérostomie ajoutée à la dérivation par anse en Y. Cette gastrite n'a pas paru posséder d'originalité aux gastro-entérologues habitués à constater de tels troubles chez les patients porteurs de gastro-entérostomie simple.

Il semble donc (avec un recul qui atteint pour certains cas 8 ans) que la dérivation basse isolée de la bile ne comporte pas de conséquences fâcheuses. Et nombre de patients ne suivent même aucun régime.

Rien ne permet d'assimiler la dérivation biliaire basse élective aux montages réalisés lors des duodéno-pancréatectomies.

ATTITUDE PRATIQUE

L'EXAMEN PRE-OPERATOIRE

L'Histoire Clinique

Elle est dans l'ensemble assez monotone. On peut schématiser de cette façon :

1°- La plaie a été initialement méconnue

Les troubles apparaissent d'emblée, et d'emblée ils sont graves:

- fistule externe à fort débit ;
- rétention plus ou moins complète ;
- angiocholite.

Ces troubles peuvent s'associer de toutes les façons. Il est fréquent qu'une fistule tarisse, laissant à sa suite angiocholite et rétention discontinue, puis rétention complète.

Les malades parvenus à Bichat avec une fistule à fort débit ont été explorés par la fistulographie. C'est un avantage, car cela permet à l'avance d'avoir une idée de la topographie de la lésion. L'inconvénient est que la présence d'une fistule à gros débit fait présumer une faible dilatation des voies hautes, ce que confirme habituellement la fistulographie.

Ceux qui sont en rétention ne se prêtent pratiquement à aucune investigation complémentaire d'intérêt décisif. Seule, l'exploration chirurgicale et la radio per-opératoire permettront de faire un diagnostic lésionnel.

Pour ces patients l'investigation pré-opératoire a donc des limites assez étriquées.

2°- La plaie a été reconnue

Elle fut alors traitée par une réparation immédiate, et parfois on a déjà réopéré avant l'admission à Bichat. Aucun de ces cas n'est parvenu à Bichat en ayant à l'origine de ses troubles une autre cause que la sténose de la bouche biliaire utilisée par la réparation précédente.

Nous avons noté dans les observations les renseignements suivants :

- délai entre l'accident initial et l'arrivée à Bichat ;
- degré de la rétention ;
- présence, intensité et fréquence des accès d'angiocholite ;
- présence et débit d'une éventuelle fistule ;
- retentissement hépato-portal.

Les bilans hépatiques sont ici sujet à caution.

Les épreuves de floculation rendent compte d'un état inflammatoire souvent évident.

Les épreuves de traversée sont impossibles ou de peu de valeur sur un foie en rétention.

Le taux de prothrombine est impossible à interpréter chez un sujet porteur de fistule ou en rétention depuis longtemps et qui prive de bile son transit intestinal.

Le rapport d'estérification serait peut être, ici, le moins infidèle reflet des fonctions de la cellule hépatique.

Nous reparlerons des constatations histologiques.

L'hypertrophie hépatique est souvent cliniquement évidente, mais le caractère douloureux de ces gros foies limite parfois la rigueur de l'examen.

Hormis 2 états quasi terminaux (WAT... et H/R...) on ne relève pas de signes cliniques ou radiologiques patents d'hypertension portale.

Enfin, l'état de la paroi demande un examen minutieux : fistule, blindage ou suppuration vraie, éventration de l'ancienne cicatrice, sont autant de facteurs qui influencent notablement le tracé de l'incision à venir.

Il est évidemment précieux, lorsque l'on peut l'obtenir, d'avoir entre les mains le ou les comptes-rendus détaillés des interventions précédentes.

Le Diagnostic

Il est évident dans l'immense majorité des cas.

Deux autres affections pourraient se discuter :

- l'existence d'un calcul résiduel. Il ne donne que rarement des troubles aussi précoces et aussi spectaculaires ;
- l'existence d'une sténose néoplasique, après cholécystectomie d'une vésicule en fait cancéreuse ou après cholécystectomie négligeant l'existence d'un petit cancer de la voie principale. Il est rare que dans de tels cas, les symptômes apparaissent dès le lendemain de la cholécystectomie.

L'ETAT des malades à leur arrivée à Bichat est le suivant :

- 11 sont porteurs d'une fistule ;
- 22 sont en ictère complet ;
- 5 présentent des accès subintrants d'angiocholite (3 sont en état d'angiocholite grave).

Le Traitement pré-opératoire

Il consiste en une réanimation qui s'efforce de rétablir une masse sanguine normale dans son volume et sa qualité protidique et globulaire.

On a recours aux antibiotiques, au besoin par perfusion s'il existe une menace infectieuse grave.

Les taux de prothrombine trouvés 2 ou 3 fois aux environs de 35 % se sont normalisés après quelques jours de vitamine K1.

Quelques cas parmi les plus récents ont reçu du cortancyl en même temps que des antibiotiques.

En cas d'angiocholite grave, le traitement pré-opératoire n'est souvent que partiellement efficace. Il semble alors préférable de ne pas le prolonger inutilement. Il n'y a que la levée de l'obstacle qui pourra guérir de tels accès.

LA RADIOLOGIE

- Elle occupe une place PREPONDERANTE dans la conception tactique qui se dégage de cette série d'observations. (Le cholangiogramme y a la même place que le bronchogramme iodé en chirurgie pulmonaire). Seule la cholangiographie permet, en effet, d'obtenir des renseignements précis et objectifs sur l'état des voies biliaires hautes : DEGRE DE DILATATION, EXACTE TOPOGRAPHIE DE LA STENOSE.

C'est à dire que seule elle permet de porter un diagnostic lésionnel précis et de juger de l'ampleur de la réaction sus-jacente.

Nous ferons donc l'analyse des données radiographiques dans un chapitre particulier, placé à dessein avant la description du déroulement de l'intervention.

- On peut obtenir un cholangiogramme à 4 moments différents dans l'histoire d'une Réparation Différée.

Avant l'intervention par fistulographie

cela nécessite une fistule suffisamment perméable donc à assez fort débit.

Son avantage est de pouvoir obtenir des incidences multiples et de laisser pour la lecture tout le temps de réflexion nécessaire. Cette première image peut éclairer la lecture d'un cholangiogramme per-opératoire, parfois déroutant au premier abord. Surtout lorsqu'elle fait la preuve que la zone de convergence est lésée, la fistulographie permet pour ces cas difficiles de mettre en alerte la dissection et d'orienter peut-être à l'avance vers une conception un peu différente dans l'attitude opératoire (cf chapitre : Lésion de la zone de convergence).

Pendant l'intervention, on peut obtenir une cholangiographie à deux temps différents :

= TOT, pratiquement avant toute dissection, par ponction trans-hépatique.

Sur ces foies de rétention, trouver à l'aiguille montée un canal biliaire est plus facile que l'on

ne pourrait croire, et nécessite rarement plus de 2 ou 3 ponctions de la convexité. Le plus souvent c'est à gauche, à 2 ou 3 travers de doigt du ligament falciforme, en pleine convexité, et en direction du hile que l'on pique.

On a pu aussi injecter l'iode après abord électif d'un canal biliaire au flanc gauche du recessus de REX.

= TARD, pendant l'exploration du pédicule et du hile, par ponction du cul de sac biliaire central.

L'injection après simple ponction, offre à notre sens plus de garantie d'étanchéité et d'absolue objectivité, que l'injection à la sonde après que la voie biliaire découverte ait été incisée. On a encore injecté de l'iode par le minime pertuis d'une fistule bilio-duodénale ouverte en cours de dissection.

La qualité technique des cholangiogrammes obtenus par l'une ou l'autre de ces 2 voies est équivalente.

Après l'intervention on peut obtenir enfin une cholangiographie de contrôle, injectée par le drain (lorsqu'il existe un drain tuteur).

S'il s'agit d'une dérivation bilio-digestive, on a avantage à pratiquer cet examen tôt, vers le 8ème-10ème jour post-opératoire. Passé ce délai, pour les anastomoses larges,

le drain n'est plus trans-anastomotique. (Cette constatation faite plusieurs fois a contribué à la décision de ne plus employer de drains tuteurs que rarement).

Pour le patient, cet examen n'a que l'intérêt d'un contrôle. Il ne s'est jamais révélé dangereux.

A la spéculation, les contrôles pratiqués (surtout durant la première époque de cette série) ont apporté des documents de tout premier intérêt : notamment quant à l'aspect des anastomoses réalisées par les différents types de montage, et quant aux possibilités plastiques des voies biliaires distendues, dès que la rétention est supprimée.

.
.
.

Malgré la septicité pratiquement constante des biles analysées, ces investigations radiologiques se sont montrées d'une SURPRENANTE INOCUITE. Une seule fois (pour plus de 60 examens) une poussée d'angiocholite est apparue le lendemain d'un essai, d'ailleurs infructueux, de fistulographie.

Le seul produit de contraste utilisé est une solution iodée hydrosoluble à 35 %.

L'huile lipiodolée est à la fois moins précise, car elle s'émulsionne, et moins anodine.

.
.
.

Encore faut-il respecter quelques règles si l'on veut obtenir des images interprétables.

1- Assurer une étanchéité suffisante pour obtenir un bon remplissage sans fuite.

2- Prendre de nombreux clichés sous différents remplissages :

- les premiers avec peu de produit, si l'on ne veut pas noyer les images d'une possible lithiase intra-hépatique ;

- les derniers au contraire avec un remplissage poussé, si l'on veut juger du calibre réel des canaux mis sous tension par la rétention ; et si l'on veut ne pas s'exposer à prendre pour amputation d'un territoire ce qui ne serait que défaut de remplissage par manque de volume du produit de contraste.

3- Il y a un intérêt certain, lorsque l'on veut déchiffrer l'anatomie topographique des canaux intra-hépatiques, à faire varier les incidences : même de peu, en inclinant le malade en 3/4, ou en déplaçant l'ampoule vers le haut ou le bas. On lève ainsi l'indétermination qui résulte de certaines superpositions.

4- Enfin, l'usage des révélateurs rapides, le développement des films dans une pièce contiguë à la salle d'opération,

et la lecture pendant le débromurage qui s'effectue dans un bac transparent et transilluminé, permettant de réduire considérablement le temps consacré à la radiologie per-opératoire. Il est courant à Bichat de lire l'image des premiers clichés avant que les derniers ne soient impressionnés. Car la lecture du film est possible dans les 5 minutes qui suivent son exposition. Et que représente 1/4 d'heure pour une intervention qui dure couramment 5 ou 6 heures ?

..

La lecture des cholangiogrammes, quels qu'ils soient (fistulographies, cholangiographies per-opératoires ou post-opératoires) réclame plus d'attention qu'un simple coup d'oeil.

Juger du degré de la DILATATION des voies biliaires est facile. Et si l'on veut comparer des documents obtenus à des dates différentes, le diamètre ou la hauteur de l'ombre des vertèbres donnera une échelle de référence objective.

Peut-on faire totalement confiance à la Radiologie en ce qui concerne le moignon d'hépatique sous-jacent à la zone de convergence ?

Relativement si elle dessine nettement son image. Mais un effet de fuite, ou de superpositions, peuvent raccourcir considérablement la longueur de son ombre projetée, par rapport à sa réelle longueur anatomique.

Plusieurs comptes-rendus de cette série prouvent que l'absence d'une ombre verticale sous-jacente à la zone de convergence, ne signifie nullement que la zone de convergence soit détruite. (Nous analysons de plus près cette question au chapitre : Destruction de la zone de convergence).

On avait pensé au début de l'expérience que nous rapportons, que cette absence radiologique permettait de conclure à l'absence anatomique. Partant il était inutile de chercher à pénétrer le hile, si le cholangiogramme trans-hépatique fournissait cet argument. Surtout depuis que l'on connaît l'abord de la branche gauche cet argument est caduc.

Si le bord supérieur de la convergence a gardé sa continuité, la briéveté, voire même l'absence radiologique de moignon de canal hépatique commun n'est pas du tout la preuve qu'il soit impossible de faire une très bonne anastomose centrale intra-hilaire.

En font foi les observations de /K/R..., V_hC...

Les cholangiogrammes apportent sur la branche gauche de très utiles renseignements.

Elle est facile à reconnaître. Elle est à peu près constante dans sa forme. Elle se compose d'un segment le plus souvent horizontal, large, et coudé en crosse, en tête d'hippocampe, à son extrémité gauche qui surplombe le recessus de Rex. S'il s'agit de foie de rétention, elle se dirige, et mord en général franchement sur l'ombre du rachis.

Au niveau du bord périphérique de son coude, se détache l'ombre du canal segmentaire II, et de la corne gauche de son extrémité périphérique, le canal segmentaire III.

Les canaux qui drainent le segment IV peuvent être multiples. Les 2 implantations majeures en sont situées en général au niveau de la corne droite de l'extrémité distale, et à un niveau variable sur le bord supérieur du segment horizontal.

Assez souvent le canal du secteur centro-supérieur en entier ou seulement celui du segment V, ou la I/2 gauche d'un canal sectoriel centro-supérieur dédoublé, semble naître du bord supérieur de la branche gauche près de la zone de convergence. Nous pensons que sur un cholangiogramme complet, semblable aspect peut n'être dû qu'à des superpositions sur les foies de rétention, dont les canaux sont dilatés et dont l'orientation est modifiée par l'accroissement volumétrique de la glande.

Deux aspects seulement peuvent être déroutants sur les cholangiogrammes, en ce qui concerne la branche gauche.

1- Elle peut paraître verticale (JAQ..., DRA...) Il ne faut pas en conclure pour cela qu'elle s'enfonce anormalement vite dans le parenchyme quittant aussitôt la plaque hilare à la façon de la branche droite. Cette anomalie anatomique là est pratiquement inexistante d'après COUINAUD et n'aurait pas du tout cet aspect radiologique.

Cette incidence verticale, ou très oblique, signifie seulement que la plaque hilare a modifié son orientation. Cela ne change en rien les rapports réciproques de cette plaque, de la branche gauche et du lobe carré, rien par conséquent, aux possibilités de l'abord sus-hilaire de ce canal (cf Déroulement de l'intervention. La préparation du moignon biliaire). Il est utile de le savoir.

2- La branche gauche peut être anatomiquement dédoublée (C'est le cas des deux observations citées). Il existe alors un canal qui draine III et IV à la place de la branche gauche normale, II et I se drainent par un canal sous-jacent et parallèle à celui-là. Ceci non plus n'empêche pas d'utiliser la branche gauche.

C'est au calibre, à la longueur du segment initial de l'image de la branche gauche que l'on accorde maintenant à Bichat de l'importance pour préjuger des possibilités d'anastomose intra-hilaire. Beaucoup plus qu'aux caractères de l'image du moignon hépatique proprement dit.

Pour affirmer la libre communication des différents territoires hépatiques ou l'interruption de cette communication, la cholangiographie est irremplaçable.

Nous reprenons cette question au chapitre "Destruction de la zone de convergence". Signalons seulement ici, qu'obtenir une certitude à cet égard peut réclamer un peu d'attention. Si la branche gauche est assez constante dans sa forme, tel n'est pas le cas de la branche droite, dont les différents affluents peuvent aboutir séparément à la zone de convergence.⁺

L'absence d'injection de tout un secteur peut facilement passer inaperçue sur un cholangiogramme de foie hypertrophié, qui, même incomplet, couvre une surface déjà bien plus importante qu'un cholangiogramme normal.

⁺N.B. Pour cette raison et par respect pour l'anatomie moderne, nous évitons le terme classique de "bifurcation".

La seule attitude qui soit rigoureuse en l'occurrence, est de dénombrer un par un les différents canaux segmentaires du foie droit après les avoir reconnus chacun, grâce à leur forme et à leur topographie personnelles, mais aussi en les comparant à celles de leurs voisins, et aux principales possibilités de variations, maintenant bien décrites anatomiquement.

Dans ce domaine, l'existence de documents pré-opératoires peut rendre de très précieux services.

Enfin, le cholangiogramme fournit une image directe de la zone lésionnelle dans la plupart des cas:

- Sténose complète, terminant les voies hautes par une image en fond de tube à hémolyse.

- Sténose incomplète, dessinant vers le bas, l'image d'un remplissage cholédocien amorcé, ou d'un remplissage duodénal qui affirme l'existence d'une fistule biliaire interne.

- Images enfin de destruction de la zone de convergence.

LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

L'anesthésie

C'est bien entendu la grande anesthésie moderne, donnée avec intubation trachéale, et accompagnée d'une réanimation peropératoire très exacte. Elle mériterait à elle seule un long chapitre que nous ne sommes en rien qualifié pour écrire.

A son actif on peut porter l'absence de décès per ou post-opératoires dans cette série.

De la responsabilité des succès, elle peut à juste titre réclamer une large part : elle a, en effet, toujours autorisé l'opérateur à disposer du temps nécessaire pour réaliser ce qui lui semblait la meilleure technique. Et sur des malades en état général fort précaire, elle a permis d'opérer parfois plus de 7 heures durant.

Toutes ces Anesthésies-Réanimations ont été conduites par le Docteur ALLUAUME, Anesthésiste des Hôpitaux de Paris.

La voie d'abord

- L'opéré est placé sur une table qui permette aisément la radiographie.

- Les voies d'abord de cette série ont été variées :

- A peu près toutes les voies d'abord décrites en chirurgie biliaire ont été utilisées : médianes, paramédianes, sous-costales ; incisions type MALLET-GUY et RIO-BANCO très souvent. Les incisions unissant médiane et refend transversal ont été couramment pratiquées et sans qu'il en résulte de conséquences pariétales néfastes.

- Le choix du tracé a tenu compte des faits suivants :

. Etat de la paroi : ancienne incision et place de la fistule ; présence possible de zone de suppuration ou d'événtration.

. Volume du foie.

. Difficulté souvent bien moins grande à retrouver la liberté péritonéale très en dehors et à droite, que sur la ligne médiane.

. Possibilité de bien récliner l'auvent costal et de relever le bord antérieur du foie pour exposer le hile.

Pourvu qu'il s'agisse d'un abord large, l'accès au grêle ne présente que fort rarement de notables difficultés, même par sous-costales larges qui étaient toujours assez basses.

La dissection nécessaire pour parvenir au pédicule

Toujours, il existe sous la paroi une véritable symphyse de toute la région sus-mésocolique droite dont la topographie est totalement remaniée.

Le débord du foie est souvent considérable. Un premier réseau d'adhérences est en règle formé par l'épiploon qui colle en avant à la paroi et au foie vers le haut. Il peut recouvrir toute une partie de la face supérieure du foie. Cet obstacle franchi, c'est en règle le colon transverse et l'angle droit qui, remontés et attachés au bord antérieur du foie, barrent la région. La libération et l'abaissement de cet organe est un temps délicat est indispensable.

Sous lui, ce n'est en général pas encore le pédicule, mais le duodénum que l'on trouve. Il est appendu au foie, par un système d'adhérences la plupart du temps extrêmement dense. Il est banal de retrouver là des tractus fibreux plus organisés. Ils peuvent attirer de si près une corne duodénale au sein du parenchyme hépatique, qu'il est difficile de ne pas

croire qu'il s'agisse de vestiges de fistules bilio-duodénales.

Ces tractus disséqués avec une extrême prudence ouvriront de temps à autre à leur extrémité hépatique un petit pertuis par où s'écoule la bile. Mais on ne retrouve pas toujours à l'autre bout la lumière duodénale ouverte, même si leur âme est colorée de concrétions jaunâtres.

Cette libération d'un duodénum incrusté sous la face inférieure du foie, accolé au-devant du pédicule, est assez souvent l'un des temps difficiles de l'intervention.

De façon générale, cette dissection a été menée de droite à gauche, car à droite il est possible de trouver relativement libre le flanc droit de l'angle colique, puis le bord externe du duodénum. Ce sont de précieux repaires topographiques. À gauche, on évite au contraire, d'aller trop loin. Il semble en effet que ce soit sur la ligne médiane que les adhérences épiploïques atteignent le maximum de densité, et que de plus, on ait peu à faire dans cette région. À moins de vouloir aborder largement le segment III.

Ce temps préliminaire d'abord du pédicule et du hile hépatique nécessite donc souvent patience et minutie. Il peut être, malgré elles, notablement hémorragique. Il réclame fréquemment, à lui seul, plusieurs heures de dissection

et en dépit d'une hémostase méticuleuse, une abondante transfusion de sang.

La recherche de la voie biliaire dans le pédicule

Le pédicule hépatique atteint est un pédicule gainé d'une épaisse fibrose, où l'on ne peut en règle rien distinguer de prime abord.

- La palpation donne des repaires importants. Au premier chef, à gauche, les battements de l'artère hépatique. On distingue bien en général le bord droit du pédicule qui fait épaisseur.

Une sorte de revêtement fibreux et monotone couvre en avant la veine porte que souvent on ne verra à aucun moment. C'est au sein de cette fibrose que se trouve la voie biliaire. Le plus souvent haut, tout en haut dans le hile.

On devine parfois là le bombement d'un cul de sac que la rétention met en tension. Il arrive que la bile sourde à l'improviste, au cours de la dissection qui remonte pas à pas le long du bord droit du pédicule. La présence d'un trajet fistuleux externe ou interne peut ailleurs servir de guide.

- La règle et la prudence c'est de ponctionner

Alors l'aiguille qui a donné la bile (et par laquelle on

injecte aussitôt le produit de contraste nécessaire à la radio) guide la dissection. Encore vérifie-t-on fréquemment que le trajet projeté ne soit pas barré de battements artériels.

Nous reparlerons de l'abord direct du canal gauche par voie sus-hilaire. Cette manoeuvre peut être délibérément choisie comme voie d'abord élective sur la voie biliaire haute.

- Plusieurs auteurs ont décrit pour cette quête de la voie biliaire de nombreux artifices.

. Prendre l'artère hépatique pour guide. Mais elle peut être loin du cul de sac biliaire. Et n'est-ce pas, malgré les battements qui la désigne, prendre un lourd risque d'en couper une branche importante.

. Vouloir cathétériser à contre courant un canal biliaire saisi à la périphérie du foie pour y glisser une sonde, espérer être assez adroit ou chanceux pour guider l'explorateur à travers un dédale de bifurcations distendues jusqu'au moignon qu'il fera saillir, nous semble bien aléatoire. Et comment ne pas érafler et faire saigner cependant, des canaux tapissés de la plus inflammatoire des muqueuses ?

En fait, il n'y a pas ici de "trucs" ni d'artifices. C'est un des gestes chirurgicaux les plus difficiles que nous ayons pu voir durant notre Internat. Comme toute chirurgie

difficile en terrain remanié, inflammatoire, sclérosé, elle est incodifiable et ne comporte pas de procédé miracle.

..

Le Hile exploré et le cholangiogramme interprété c'est à dire les lésions et leur conséquence reconnues, on peut choisir le type de montage qui s'adapte le mieux aux lésions constatées.

Nous avons exposé précédemment les avantages et les inconvénients de ces divers montages. Nous n'y reviendrons pas. Et notre propos n'est pas de décrire ici des techniques qui toutes sont publiées.

Nous insisterons cependant sur le dernier temps préparatoire, lorsque l'on opte pour une dérivation centrale :

La Préparation du Moignon retrouvé

La bile trouvée par ponction, et le pôle inférieur du moignon biliaire atteint, demeure l'ultime temps d'exposition et de préparation du moignon biliaire retrouvé.

Avant que l'on sache abaisser la branche gauche, ce temps demeurait craintif vers le haut, craintif de créer des interruptions vasculaires, artérielles ou biliaires. Car au remaniement lésionnel s'ajoutait l'absence de connaissances anatomiques précises quant aux variations dans la topographie du hile.

On dégagait alors pas à pas, en remontant, la face antérieure du moignon retrouvé, et ses bords latéraux.

En arrière, il fut toujours jugé inutile de dégager du plan postérieur plus qu'il ne fallait d'étoffe pour permettre de passer les points de l'anastomose.

Cette dissection dans les cas favorables à long moignon permettait de dépasser le segment tout inférieur du moignon retrouvé, et de disposer d'assez d'étoffe pour parer "ce moignon" "ébarber" les tissus par trop scléreux et ainsi de confectionner en tissu acceptable, une anastomose portant sur la circonférence inférieure préparée du canal hépatique.

Mais pour les moignons hépatiques courts, ou très courts, l'impossibilité de disséquer plus haut, de dépasser franchement la terminaison retrouvée, limitait ces possibilités de "parage". Et force était d'accepter pour l'anastomose la circonférence inférieure telle à peu près que les lésions l'avaient faite, et la sclérose inflammatoire remaniée.

L'abord de la branche gauche

Il a été réalisé pour la première fois à Bichat en Février 1952, par le Docteur HEPP et le Docteur COUINAUD. Sa conception est issue des données anatomiques apportées par COUINAUD.

Son principe est le suivant : mettre à profit pour aborder la branche gauche, le fait que celle-ci ne s'enfonce pas directement dans le parenchyme (cas de la branche droite), mais chemine d'abord horizontalement au sommet du hile.

Trois facteurs favorisent l'abord chirurgical de la branche gauche à cet endroit :

1- Elle est au bord postérieur du lobe carré, l'élément hilare le plus haut situé. A cet endroit, sa face supérieure n'est jamais croisée par aucun élément vasculaire important, et elle ne reçoit aucun canal biliaire digne d'intérêt.

2- Elle est solidaire de la "plaque hilare" dans laquelle elle chemine. Elle "vient" avec cette plaque lorsqu'on la mobilise (un peu comme l'uretère avec le péritoine lors d'un décollement rétro-péritonéal).

3- Son existence et sa topographie sont pratiquement constantes.

En pratique : la plaque hilaire qui est épaississement de la capsule de Glisson, est assez dense pour avoir une "existence chirurgicale". Elle n'adhère au parenchyme hépatique qu'assez faiblement. On peut la cliver de ce parenchyme comme on clive le zeste de la pulpe d'un fruit : au doigt ou à l'instrument mousse.

Les manoeuvres qui se succèdent sont :

1- Incision de la capsule au bord postérieur du lobe carré (pas trop à droite pour éviter un élément artériel centro-supérieur, pas trop à gauche à cause du coude du récessus de Rex).

2- Par cette fente, clivage et abaissement de la plaque hilaire.

3- A la face supérieure de cette plaque abaissée, repérage de la branche gauche.

Il faut parfois sacrifier un pédicule partiel du segment IV qui se rend au lobe carré vers le milieu de son bord postérieur. Ceci est sans conséquence pratique.

Cet abord de la branche gauche peut être réalisé d'emblée comme premier temps de la dissection du hile. C'est le cas de plusieurs observations récentes.

On peut dire qu'en matière de réparations biliaires diffé-

rées elles représentent les premières dissections "réglées" du hile abordé par le plafond.

Le plus souvent pour les cas rapportés, cet abord sus-hilaire de la branche gauche a été effectué après que le moignon terminal fut retrouvé par une dissection remontant du pédicule au hile. L'introduction d'une pince à calcul ou d'un explorateur dans la branche gauche permet de faciliter encore la manoeuvre d'abaissement en matérialisant le canal recherché. L'intérêt de cette manoeuvre demeure cependant capital, car elle permet de dépasser franchement la zone de convergence sans risquer comme dans une dissection aveugle. C'est alors non plus sur un bas bout parcimonieusement dégagé, mais sur toute une face antérieure dégagée que l'on a l'accès.

Nous verrons au chapitre "Y latéral élargi" les avantages considérables qui en sont résultés quant à l'anastomose.

Dans 1 cas : (VAC...), l'abord sus-hilaire de la convergence a été réalisé par abord trans-scissural (Dr HEPP Dr COUINAUD). C'est là une observation unique parmi les cas publiés de Réparation Biliaire.

C'est à cause d'une beaucoup plus grande simplicité, que "l'abaissement de la branche gauche" est demeuré le procédé de choix.

Au cours de ces manoeuvres sur la voie biliaire retrouvée

1- On prélève de la bile pour étude bactériologique

Ce prélèvement est effectué dès la première ponction positive.

A deux exceptions près, c'est une bile septique.

Le staphylocoque, le colibacille, isolés ou associés sont pratiquement les germes toujours retrouvés.

La sensibilité à l'antibiogramme varie suivant chaque cas et non suivant la nature du germe.

La néomycine, la colimycine, la tifomycine et l'érythromycine sont les antibiotiques qui figurent le moins rarement dans l'énumération des résistances.

Il ne semble pas qu'on puisse tirer des antibiogrammes autre chose qu'une présomption.

2- Dès que les voies hautes sont ouvertes largement la bile jaillit le plus souvent à grand flot.

5 fois seulement il s'agissait de bile blanche, ici beaucoup moins fréquemment rencontrée que dans les sténoses malignes. Il ne paraît pas que ce symptôme comporte aucune conséquence, ni de moins grande septicité, ni quant au retentissement hépatique, ni quant à l'avenir.

Elle apporte seulement la présomption qu'il s'agit d'une sténose totalement imperméable.

Très souvent cette bile est floconneuse, le culot y trouvera des cellules desquamées et des polynucléaires.

8 fois, elle est chargée de nombreux calculins ou de cette fine poussière noirâtre, plus ou moins dense.

3- L'exploration précautionneuse à la pince à calcul vérifie l'absence de lithiase d'un gros canal, et tente un repérage topographique des différentes branches.

Même dans des mains très exercées, cette exploration reste, quant à la lithiase et quant au repérage topographique, infiniment moins fidèle que la cholangiographie. La comparaison des cholangiogrammes, et des constatations qu'elle confie aux C.R.O. le prouve.

Pourquoi d'ailleurs en serait-il différemment des voies hautes et des voies basses ?

Enfin une grande attention est prêtée à l'aspect du Foie

- Son volume souvent considérable, n'est pas sans influencer grandement sur les difficultés des manoeuvres pédiculaires et hilaires. L'auvent du bord antérieur, on peut le récliner. On reste sans possibilité d'action sur la saillie du lobe carré, du Spiegel, boursouflés en avant et en arrière du hile. L'effet est que le hile est comme avalé par le foie, parfois profondément enfoncé dans la face inférieure.

- Lorsqu'il existe d'importants phénomènes d'angiocholite, l'exploration de la totalité de la convexité est un temps primordial. Il vaut d'être réalisé totalement si l'on ne veut pas s'exposer à ignorer la présence d'abcès parenchymateux.

Ainsi l'observation de (JOL...) : rien ne permettait de les détecter sur le cholangiogramme de l'intervention qui assura la cure de plusieurs abcès.

- Enfin la biopsie hépatique constitue un document dont l'intérêt, du moins scientifique, est incontestable.

Le bord antérieur est un médiocre lieu pour la pratiquer, car il est l'objet de remaniements scléreux capsulaires, parfois considérables, dont l'origine est seulement périphérique adhérentielle.

La réalisation de l'anastomose

Toutes les anastomoses ici rapportées sont faites en 1 plan, à points séparés. A points séparés de fines soies vasculaires pour tous les derniers cas.

L'anse grêle y est montée le plus souvent en trans-mésocolique (parfois en pré-colique). Elle est fermée à son bout supérieur. L'anastomose utilise du côté du grêle une brèche pratiquée à la demande sur la convexité libre. L'anse utilisée est la deuxième ou troisième anse jéjunale.

Cette anse est suspendue à la face inférieure du foie par quelques points.

L'anastomose jéjuno-jéjunale est faite en 1 plan à points séparés, en termino-latérale (terminal pour le bout central du jéjunum). Cette anastomose est placée de façon à exclure au moins 70 cm de grêle.

N.B. Il est commode pour réaliser l'anastomose bilio-digestive de passer d'abord tous les points sur la lèvre supérieure (ou antérieure) de la voie biliaire. Ces points passés de dehors en dedans et repérés sur pince permettent d'éviter que la lèvre superficielle ne retombe sur la lèvre biliaire profonde et présentent la brèche biliaire ouverte. On passe alors facilement tous les points du plan postérieur qui sont ensuite noués.

On termine aisément le plan antérieur en passant sur le grêle les points déjà passés sur la tranche biliaire.

Le Drainage

On n'utilise plus que rarement un drain tuteur trans-anastomotique.

On laisse toujours au voisinage de la zone anastomotique (bilio-digestive) deux drains de Penrose. Ils n'ont qu'exceptionnellement et passagèrement drainé de la bile. Ils permettent l'évacuation de sérosités exsudées par les surfaces cruentées du champ opératoire.

Une extrême minutie est accordée au temps de fermeture pariétale.

Les manoeuvres facultatives

Ce sont essentiellement les manoeuvres basses à la recherche du bas cholédoque.

Sa rencontre au cours de la dissection du pédicule est plusieurs fois notée. Le cholédoque est parfois très large en dessous de la sténose. Il peut n'être aussi qu'un tractus étroit à lumière engluée. S'agit-il alors d'un trajet fistuleux, plutôt que du cholédoque proprement dit ?

La recherche de la voie biliaire basse a été entreprise dans deux circonstances :

1- Lorsqu'on voulait faire une reconstruction.

2- Lorsque, ne trouvant pas de voie haute, on pensait au début de cette série que peut être un cathétérisme de bas en haut apporterait quelque secours.

Dans plusieurs cas, la voie biliaire non retrouvée dans le pédicule fut recherchée par décollement rétro-duodéno-pancréatique. C'est alors, parfois facilement, derrière le duodénum, plus encore derrière le pancréas, que fut trouvé le bas cholédoque. Il peut être désigné par la perception d'un canal résiduel. Lorsque le cholédoque est retrouvé, son ouverture n'a permis qu'une seule fois de cathétériser vers le haut. Par contre, il est en règle aisé de le pénétrer vers le bas. On peut dès lors aborder la papille par une duodénotomie à minima.

Dans d'autres cas seul l'abord transduodéal de la papille permit de retrouver le bas cholédoque.

Le cathétérisme de bas en haut à partir de la papille a facilité plusieurs fois la découverte de la voie biliaire haute. Car s'il n'a jamais permis de franchir la sté-

nose, il a permis de retrouver le pôle inférieur du défilé sténotique et le bout inférieur de ce fil directeur retrouvé, la dissection externe est ensuite parvenue à découvrir le moignon supérieur.

Cette manoeuvre qui ouvre le duodénum peut être inutilement (et non sans risque puisqu'il s'agit d'un duodénum toujours inflammatoire) a été de moins en moins employée en tant que technique d'exploration du pédicule. Partant, de plus en plus souvent, on s'est abstenu d'explorer la voie basse par souci d'éviter toute dissection aléatoire, et qui ne soit pas sanctionnée par un geste efficace.

Ces manoeuvres basses ne sont peut être pas étrangères à l'éclosion de pancréatites aiguës post-opératoires. Absentes de cette série, elles ont été plusieurs fois signalées par d'autres auteurs.

De même, on ne s'est pas préoccupé de refermer les fistulettes biliaires internes, même prouvées par la radio, si la dissection utile pour réparer ne les trouvait pas sur son chemin.

Il est évident par contre qu'on a toujours minutieusement vérifié qu'aucun pertuis ne fût passé inaperçu sur l'aire duodénale explorée par la dissection.

LES SUITES OPERATOIRES

Il n'y a AUCUN DECES OPERATOIRE, AUCUN DECES POST-OPERATOIRE. (Le plus précoce des 2 décès de cette série est survenu au 9ème mois).

Les suites opératoires immédiates

Elles sont souvent d'une extrême simplicité, lorsque la réparation réalisée est satisfaisante.

Bien entendu elles exigent la surveillance attentive que réclame toute intervention digestive. Une exacte réanimation jusqu'à la reprise du transit, une précoce mobilisation, une minutieuse prévention des phlébothromboses.

Pour la grande majorité des malades, la sortie de l'hôpital est permise avant le 30ème jour post-opératoire. La plupart des opérés de 59 étaient sortis de l'hôpital au 15ème jour.

Parmi les complications immédiates, nous avons relevé :

La survenue d'hémorragies intestinales répétées chez HAR... (3ème intervention). Il existait alors une authentique

cirrhose avec hypertension portale prouvée par l'existence radiologique de varices oesophagiennes.

Une autre malade (PRU...) fait une hémorragie intestinale sans lendemain, alors qu'elle était sous héparine pour phlébotrombose.

Plusieurs drains laissés un long temps se sont bouchés au cours des premiers mois, et ont obligé à pratiquer de fréquents lavages pour entretenir leur perméabilité.

Deux fois un écoulement biliaire le long et en dehors du drain a donné de l'inquiétude. Les deux fois il a fini par se tarir spontanément (OUI..., M/R... 53).

Enfin, on relève un abcès bilio-septique incisé au sixième mois (DEL...). C'est finalement un bon résultat.

Le temps de déjàunissement

Il a été dans l'ensemble remarquablement court, chaque fois que l'on a pu pratiquer une anastomose large. C'est beaucoup plus de la largeur de l'anastomose pratiquée que de l'intensité initiale de l'ictère, que dépend la durée de ce délai.

Le prurit cesse très souvent dès le lendemain de l'intervention. Les malades signalent ce fait avec soulagement.

Les selles se recolorent très vite. Au terme du premier mois, les urines sont vierges de sels et de pigments, et la bilirubinémie est au-dessous de 10 mg (souvent à 4 mg) (cf DES..., BAR..., SZY...).

Les anastomoses étroites (et dans l'ensemble les dérivations intra-hépatiques) n'assurent qu'un déjàunissement plus progressif et plus long à parvenir à terme.

La lenteur du déjàunissement paraît dans l'ensemble imposer des réserves quant au pronostic ultérieur. (CAIL...etc..)

Les complications tardives

Il n'y a eu qu'une seule suppuration pariétale sérieuse (DEL...).

Il n'existe aucune éventration tardive majeure.

Nous relevons deux occlusions (WAT..., GEOR...).

Toutes deux sont dues à l'existence de brides dans la région de l'anastomose jéjuno-jéjunale qui siège au pied de l'anse en Y. Il n'existe aucun cas de sténose de cette anastomose elle-même, ce qui pourrait avoir un retentissement biliaire.

L'ETIOLOGIE UNIQUE DE TOUS LES ECHECS SUR LE PLAN
HEPATO-BILIAIRE A ETE LA STENOSE DE L'ANASTOMOSE.

C'était aussi l'unique cause d'échec des cas adressés à Bichat pour réparation itérative.

Certains malades ont eu durant la première année post-opératoire, quelques accès de subictère ou quelques accès d'angiocholite.

Parmi eux certains ont évolué vers la guérison confirmée, d'autres vers l'échec. La présence précoce de tels troubles laisse donc inquiet, mais n'autorise nullement à prophétiser l'échec.

Les cas récents qui en sont affectés ont cependant été comptés (par scrupule) parmi les résultats insatisfaisants.

Par contre, pour les cas anciens, aucun des résultats parfaits durant les 6 premiers mois ne s'est secondairement dégradé.

L'étude des résultats de cette série permet de dire que, s'il existe de bons résultats acquis secondairement, les bons résultats acquis d'emblée demeurent avec le temps de bons résultats. En se basant sur la qualité de l'anastomose réalisée et sur le déroulement des suites immédiates, on peut porter très tôt un pronostic qui a peu de chances d'être démenti par l'avenir.

ANALYSE EN FONCTION DES TECHNIQUES

INDICATIONS & RESULTATS

CODE DU CLASSEMENT DES RESULTATS

Nous avons classé les résultats selon les définitions suivantes :

Guérisons

- Résultat acquis depuis plus de 1 an :
 - . Absence absolue de tout symptôme biliaire.
 - . Absence de tout symptôme digestif.
 - . Activité professionnelle retrouvée.
 - . Poids normal pour la taille.
 - . Absence de régime alimentaire.

- Les "guérisons" de moins de 1 an sont dites : excellent résultat récent.

Bons Résultats

- Vie courante normale et activité fonctionnelle.
 - Etat général floride.
 - On accepte : l'existence de troubles purement douloureux s'ils sont apyrétiques et sans aucun signe de rétention. On n'y accepte pas de poussées d'angiocholite.
-

Le terme Récent signifie, après l'énoncé d'un résultat, qu'il est de plus de 6 mois (arrêt de la statistique en Juin 1959) mais de moins de 1 an.

La somme des guérisons, excellents résultats récents, bons résultats, est appelée BONS RESULTATS.

Résultats Insatisfaisants

On classe ici l'amélioration qui laisse persister des troubles biliaires, rétention ou angiocholite, même si ces troubles sont épisodiques.

L'existence de ces troubles laisse incertain pour l'avenir.

Ils ne sont pas dans l'immédiat jugés assez alarmants pour que soit posée l'indication d'une réintervention.

Echecs

Sont appelés échecs :

- Les cas mortels qui seront repris à part.
- Les situations que l'on considère comme sans issue favorable possible (impossibilité actuelle de faire plus que ce qui a été fait et qui pourtant n'assure qu'un pauvre résultat).
- Echec pour la première réparation, l'obligation de pratiquer ultérieurement une seconde réparation même si ce second temps aboutit à un succès.

La somme des résultats insatisfaisants et des échecs est nommée : MAUVAIS RESULTATS.

N.B. Tenir compte du fait 'en recalculant les sommes de résultats que certains se rapportent au total des Réparations (44), et que les résultats définitifs ne se rapportent par essence qu'au total des malades traités (38 cas).

La première façon de compter est fatalement plus pessimiste puisque les bons résultats sont par nature acquis, et que donc il n'y a que les échecs qui sont comptés en surnombre dans les statistiques qui se rapportent aux interventions.

LES RECONSTRUCTIONS

LES RECONSTRUCTIONS

LES RECONSTRUCTIONS

C'est à dire les Réfections de la Voie Biliaire Principale par bout à bout hépatico-cholédocien.

Il y a 5 cas : 1 en 1951
2 en 1953
3 en 1957

ANALYSE DES RESULTATS

Deux cas sont GUERIS. Résultats acquis d'emblée :
l'un date de 1954, l'autre de 1957.

Deux cas finissent par être de BONS RESULTATS.

- L'un après 2 ans, dont la seconde année est vécue en état d'ictère continu. Ictère disparu après une crise de douleurs épigastriques et fébrile.

- L'autre après 1 an 1/2 durant lequel se sont succédés fuite à côté du drain, puis ictères passagers et clochers thermiques. La santé revient après une poussée douloureuse fébrile et ictérigène.

Il est vraisemblable que c'est la survenue d'une fistule

biliaire interne qui est responsable de l'amélioration de ces résultats. Ces deux malades ont malheureusement refusé tout examen complémentaire.

Un cas est un ECHEC : on a dû réintervenir au 20ème mois et le cholangiogramme prouve alors une sténose presque complète de l'anastomose.

ANALYSE DES INDICATIONS

I- Un seul cas est une indication préférentielle

(DEB... 1957) C'est le seul C.O.R. qui ne comporte aucun commentaire pour justifier le choix de ce montage.

- Rien dans l'aspect des lésions n'y incitait particulièrement.

- On avait trouvé d'emblée un moignon hépatique du calibre d'un index et des voies hautes dilatées et communiquant librement.

- C'est alors délibérément que l'on décide de rechercher la voie basse par décollement duodéno-pancréatique. On en trouve d'ailleurs le sommet oblitéré.

Une suture circonférentielle bord à bord à points

séparés de lin peut être réalisée. Elle est montée sur un drain papillaire dont la branche horizontale ressort par contrincision cholédocienne. C'est donc une véritable anastomose satisfaisante.

L'image qu'en donne le cholangiogramme de contrôle est pourtant désagréable.

Ce résultat fut cependant un bon résultat acquis d'emblée.

II- Pour 4 cas, on a choisi la Reconstruction à cause de l'aspect des lésions.

A- Deux fois les lésions trouvées fournissent à la Reconstruction plusieurs éléments favorables (RIV... 1953, LAMB... 1957).

- C'est le cholédoque que la dissection trouve en premier dans le pédicule, et un cholédoque très dilaté qui contient de gros calculs résiduels.

- Surtout on met en évidence l'existence d'une bande de tissu postérieur qui recouvert de muqueuse, assure la persistance d'une continuité partielle hépatico-cholédocienne.

Dans l'un des cas (l'un des deux seuls cas de ces 38 observations), on peut même passer directement par cathétérisme du bout inférieur au bout supérieur.

Dans l'un des cas, en 1957, on peut réaliser une suture exacte au catgut. C'est un bon résultat acquis d'emblée.

Dans l'autre en 1953, on "reconstitue la paroi du cholédoque" avec les tissus adjacents. C'est finalement un bon résultat mais acquis presque certainement grâce à une fistule interne constituée spontanément 2 ans plus tard.

Deux cas plus récents conservaient une telle continuité et n'ont pas été réparés en Reconstruction. Ils peuvent faire figure de cas Témoins (PRU... 1957, DES... 1958).

B- Dans les deux autres cas, l'opérateur "se résoud" à la reconstruction devant des lésions qu'il pense défavorables à d'autres montages.

(DRA...) En 1957, il avait trouvé d'abord la voie biliaire haute, mais pense d'après le cholangiogramme que la dilatation est médiocre, et le canal gauche impossible à atteindre parce que vertical.

Il recherche alors la voie basse par une duodénotomie qui trouve la papille et permet un cathétérisme rétrograde. Il refait le cholédoque sur un drain de Kehr dont la branche horizontale passe par contre incision basse du cholédoque. 20 mois plus tard, malgré un second cholangiogramme, dont le calque est pratiquement superposable à celui du premier, une

large anastomose sur le canal gauche abordé d'emblée assurera enfin un bon résultat.

(BEL...) En 1951, c'est à l'évidence parce qu'on ne savait pas encore faire remonter très haut la dissection, que l'exiguité du moignon supérieur retrouvé, fait préférer la reconstruction à l'anse en Y. On note en effet dans le C.R.O. que l'on abandonne l'idée de ce montage "parce que le calibre de l'anse grêle devrait être par trop diminué du fait du calibre du moignon".

L'anastomose réalisée est peu satisfaisante et traversée par la branche horizontale du drain transpapillaire qui la monte. Le résultat est finalement Bon, mais après plus d'un an de rechutes ictériques et fébriles.

COMMENTAIRE

Nous sommes donc loin de l'enthousiasme préférentiel d'Outre Atlantique pour la RECONSTRUCTION.

CAR LA RECONSTRUCTION IMPOSE DE LOURDES SERVITUDES.

Elle ne laisse pas l'opérateur maître de l'ANASTOMOSE.

1- Elle ne laisse pas l'opérateur maître de la
LARGEUR de l'anastomose.

Ce montage à notre connaissance n'a jamais été réalisé que bout à bout (et il serait sans doute fort malaisé de remonter le bas cholédoque jusqu'à la branche gauche). Il est donc conditionné quant au calibre de son anastomose, et par le calibre du moignon hépatique, et par le calibre du bas cholédoque. Nous ne pensons pas que la dilatation à la pince de ces canaux puisse considérablement modifier ce facteur, ni que ce soit une manoeuvre bien enviable en chirurgie digestive.

2- La reconstruction ne permet pas de choisir,
fut-ce pour la berge basse, les TISSUS sur lesquels portera
l'anastomose.

En haut elle ne peut qu'économiquement ébarber le moignon. Et la bifurcation lui impose une limite supérieure absolue.

En bas, elle utilise une voie basse qui fut autrefois lithiasique et qui git, depuis l'accident, dans un lit de fibrose inflammatoire qui en a d'ailleurs oblitéré l'extrémité supérieure.

Il est évident qu'au titre de la qualité des tissus, la reconstruction fournit à l'anastomose les pires conditions. De part et d'autre elle doit compter avec la tendance très

marquée qu'ont les voies biliaires de se sténoser, même au niveau d'anastomoses réalisées en tissu sain (cas des reconstructions primitives).

Les contrôles radiologiques pratiqués, ne sont pas pour départir de la méfiance que peuvent inspirer les anastomoses réalisées par la reconstruction.

Plus accessoire, mais non négligeable est l'obligation qui lui est propre, d'ouvrir et de manoeuvrer un duodénum à paroi toujours fortement remaniée.

3- Les craintes quant à la santé de l'anastomose se matérialisent dans le fait que tous les cas de Reconstructions secondaires publiés, fussent-ils récents, sont MONTES SUR DRAIN.

La présence de ce drain, n'est-ce pas l'indice d'une crainte de sténose, et l'aveu que l'on souhaite un "calibrage"?

Même si l'expérimentation a prouvé que, fabriqué en caoutchouc, ce drain n'altérerait pas la muqueuse biliaire, sa présence durant 6 mois ou 1 an est acceptée du malade, mais il est servitude.

Tous les drains longtemps demeurés se sont entartrés et ont nécessité de minutieux et assidus travaux de lavage pour entretenir leur perméabilité. Sont-ils irréprochables sous l'angle de l'asepsie, ces lavages ?

Quant à la cause des DRAINS PERDUS elle est entendue depuis un fort long temps. Tous ceux qui sont parvenus à rester en place le temps désiré ont forcé à réintervenir pour les retirer bouchés. Il en existe deux exemples dans cette série.

La présence de ce drain et les manipulations duodéno-pancréatiques per-opératoires, ne sont peut être pas étrangères au déclenchement de pancréatites aiguës graves signalées par plusieurs auteurs, mais absents de notre série.

..

L'AVANTAGE DE LA RECONSTRUCTION C'EST DE CONSERVER L'ODDI

C'est en dernière analyse, le seul atout que la reconstruction soit seule à posséder. Jamais elle n'est en effet la seule solution possible (à la manière des dérivations intra-hépatiques périphériques) : dans le hile, où peut monter le cholédoque, une anse grêle serait bien parvenue.

Mais est-il prouvé que l'Oddi fut toujours un allié ?

- C'est au bas d'une voie biliaire par définition privée de vésicule qu'on le garde.

- Il s'agissait à l'origine d'un Oddi de lithiasique et l'on juge aujourd'hui bien souvent qu'il est utile de le fendre.

- Enfin, qu'est devenu cet Oddi après le drame régional qui s'est déroulé au-dessus de lui ?

L'expérimentation de ROUX et ses élèves qui permet d'obtenir une dystonie oddienne et parfois une oddite scléreuse par simple irritation du cystique, permet de se poser la question.

Dans un de nos cas, il a fallu fendre la papille et le drain tuteur ne fut qu'un drain de "Kehr".

Un seul autre cas fut monté sur Kehr car la papille se laissait facilement traverser. Un contrôle post-opératoire montre un remplissage duodénal à 6cc d'eau de pression.

Les trois autres cas furent montés sur drain transpapillaire. L'un ne traversait la papille qu'à "frottement dur". L'autre traversait un Oddi qui n'avait laissé passer le radio-iode dans le duodénum qu'avec une pression de 33. (Il est vrai que la manométrie n'avait été faite qu'après l'ablation par en haut de deux gros calculs).

Aucun cas d'échec cependant n'a pu être rattaché directement à l'existence d'une Oddite.

LES DERIVATIONS INTRA-HEPATIQUES

CLASSIFICATION

Les indications se répartissent en 3 groupes très différents.

I- Le Hile n'a pas été disséqué et l'on décide de faire une dérivation périphérique parce qu'elle sera faite dans de bonnes conditions et qu'elle représente le montage le plus aisé à réaliser.

3 cas : 1 résultat insatisfaisant ;

1 BON RESULTAT acquis secondairement ;

1 BON RESULTAT.

II- Le Hile est reconnu à l'usage indissécable et la dérivation périphérique reste la seule solution.

3 cas : 2 BONS RESULTATS

1 Résultat à distance ignoré.

III- La dérivation intra-hépatique est tentée comme ultime chance après l'échec de 2 réparations antérieures faites à Bichat :

2 échecs définitifs.

Ier GROUPE

Trois dérivations intra-hépatiques ont été effectuées sans essai de dissection du hile.

Ce sont les observations DEL... 1954
:FIC... 1954
VER... 1955

La plus récente date de 1955 et ce sont trois Dogliotti. Ils appartiennent donc à l'époque archaïque de cette série.

Les C.R.O. indiquent clairement que la décision du montage est prise sur la seule lecture du cholangiogramme. Celui-ci montre l'absence de moignon sous-jacent à la bifurcation ainsi qu'une forte dilatation des voies hautes et une libre communication entre droite et gauche.

Peut être aussi le fait qu'il s'agisse les 3 fois d'échec de réparation ayant utilisé la voie biliaire centrale, faisait-il craindre, à cette époque, de trouver un hile particulièrement impénétrable.

Lus aujourd'hui, ces 3 cholangiogrammes présentent une branche gauche qui rendrait particulièrement alléchante l'idée

d'une dérivation centrale sur anse montée en Y. Et l'anse en Y antérieurement montée au hile que présentaient deux de ces cas serait considérée comme un fil d'Ariane, plutôt que comme une gêne.

Les Résultats. Parmi ces 3 cas :

- L'un est un mauvais résultat. Le patient survit depuis 7 ans, mais il est en subictère continu. (FIC..)

- L'un est un bon résultat acquis d'emblée, et qui persiste au prix de quelques crises douloureuses qui s'espacent depuis 1955. On sait qu'il subsiste une lithiase intra-hépatique. (VER...)

- L'un est un bon résultat acquis après 6 mois de péri-péties, parmi lesquelles l'incision d'un abcès bilio-septique. (DEL...)

Commentaires

Parce que terminale sur un canal périphérique, l'anastomose réalisée par ce montage est par principe moins large qu'une anastomose réalisée sur une branche centrale.

Cette raison fait que l'on ne retrouve plus après 1955 d'indication préférentielle de dérivation intra-hépatique.

On remarquera d'autre part, que l'existence d'une lithiase intra-hépatique (VER...), apporterait aujourd'hui un argument

formel à parvenir au hile.

C'est la seule voie qui permette l'ablation d'un calcul repéré.

Seule également une large anastomose centrale sur le tronc de l'arbre biliaire peut permettre d'espérer la migration spontanée d'un calcul ou de calculins restants. (Comment penser qu'un calcul puisse cheminer d'un canal large vers un canal plus étroit ?).

IIème GROUPE

3 cas ont été réparés par Dérivation intra-hépatique parce que le hile était effectivement impossible à disséquer.

Les observations. Ces 3 cas datent de 1958, ce sont 3 Longmire gauches.

- Une fois (AUG... 1958), c'est après avoir battu en retraite devant l'hémorragie que provoquait la dissection du hile et après avoir pratiqué une splénoportographie qui montre l'image d'un pseudo-cavernome portal que l'on réintervient, Décidé a priori à faire un Longmire.

- Deux autres fois, on se rabat sur un Longmire après que l'essai de dissection du hile se fût heurté à des difficultés extrêmes, dues aux adhérences et à l'hémorragie.

Dans l'un des cas (SZY... 1958), le cholangiogramme prouve la forte dilatation et la libre communication. L'anastomose est satisfaisante et admet un drain 10.

Dans l'autre cas (LAC... 1959), les choses se présentent beaucoup moins bien, car le cholangiogramme n'a pas dessiné le canal droit. Un contrôle effectué après une pré-

mière réparation (extérieure à Bichat) faisait déjà fortement redouter l'absence de communication entre les 2 branches.

Or l'on est obligé pour obtenir un canal intrahépatique satisfaisant de sectionner complètement le lobe gauche d'avant en arrière. On peut donc s'interroger sur le volume réel du foie qui est drainé par cette dérivation. Cependant la patiente voit en un mois ses selles se colorer et sa bilirubinémie passer de 120 à 15 mg. En Janvier 1960, c'est un Bon Résultat stable depuis 18 mois.

Commentaires

Issue de l'impossibilité éprouvée de disséquer le pédicule, l'indication de la dérivation intra-hépatique nous paraît devoir demeurer. Elle semble rare, dans les cas qui ne sont pas au stade de cirrhose confirmée (moins de 1/10 de cette série).

Il est évident que pour éviter un éventuel reflux, le Longmire est théoriquement préférable au Dogliotti.

Les conditions indispensables pour que ce mode de réparation soit satisfaisant sont :

1- La présence d'une forte dilatation des canaux intrahépatiques.

2- La libre communication des foies droit et gauche

(la dérivation intra-hépatique bilatérale est décrite, nous n'en connaissons pas de succès durables publiés).

Seule la cholangiographie pré-opératoire peut apporter la preuve que ces conditions sont remplies.

Quant à la technique employée, la préférence actuelle va à la découverte réglée du canal segmentaire de III, au flanc supéro-gauche du recessus de Rex. Chaque fois du moins que cette technique est réalisable matériellement : elle ne l'a pas toujours été.

Jamais on n'eut recours à une dérivation intra-hépatique superficielle.

IIIème GROUPE

Deux fois enfin on a tenté l'ultime chance d'une dérivation intra-hépatique, pour des malades qui avaient déjà subi plusieurs essais de réparation dans le service.

Les observations :

- Il s'agit de WAT..., chez qui fut effectué en 1956 un Dogliotti. Son bilan hépatique est très altéré. L'accident initial datait de 1951, elle avait subi en Octobre 1951 une anastomose en ventouse sur canal droit, en Juin 1952 une dilatation de cette anastomose, et se trouvait depuis bientôt 4 ans en état de rétention chronique et de perpétuelle angiocholite.

On ne découvre dans ce foie remanié, qu'un canal de 3mm sur lequel porte l'anastomose.

Elle meurt en Juillet 1958 après plusieurs hématémèses dues à la rupture de varices oesophagiennes.

- En Novembre 1959, on pratique de même, en désespoir de cause, un Longmire droit à Madame HAR...

Echec de deux réparations successives en 1951 et 1952 pratiquées dans le service.

Au prix d'une dissection extraordinairement hémorragique on parvient à grand peine à dégager la pointe du lobe droit, On y trouve un canal de quelques millimètres sur lequel on anastomose l'anse qui était déjà anastomosée dans le hile. On dilate aussi cette première anastomose.

Les suites sont compliquées d'hémorragies digestives répétées (il existe des varices oesophagiennes radiologiquement visibles). L'ictère ne décroît que fort lentement.

Commentaires

Ces cas ne sont certainement pas à verser au passif des dérivations intra-hépatiques. Elles ne sont ici tentées que comme interventions "de seconde chance" sur des foies détruits par une cirrhose biliaire avancée.

On doit cependant retenir que la cirrhose confirmée laisse bien peu de chance de trouver un canal intra-hépatique qui vaille d'être anastomosé ; et que sa découverte est alors une redoutable entreprise.

Nous ne voudrions pas qu'il semble résulter de cette présentation des faits, l'idée d'une attaque contre les dérivations intra-hépatiques en tant que telles. Elles ont permis dans le Service du Docteur HEPP, d'obtenir de très beaux résultats sur des rétentions d'origine néoplasique. Simplement, il ne semble pas que les sténoses traumatiques leur fournissent les meilleures conditions.

Sans doute parce que les sténoses bénignes ne déterminent que très exceptionnellement les dilatations aussi importantes que celles qu'il est courant de rencontrer dans les sténoses néoplasiques.

L'avantage qu'elles ont d'anastomoser en tissus sains est payé cher aux dépens du calibre. Elles ne représentent donc pas la meilleure solution.

Elles gardent pour elles d'être, pour certains cas, l'unique solution et d'être une solution très acceptable.

La disparition de leurs indications semble interdire d'en additionner les résultats sans autre précision.

LES DERIVATIONS CENTRALES

LES DERIVATIONS CENTRALES

Elles se proposent de recueillir la bile dans le hile : au point déclive des voies hautes et là où elles ont un calibre maximum.

Elles utilisent pour capter la bile, un segment intestinal choisi sain, et dont la bouche sera d'une largeur adaptée par l'opérateur au calibre de l'orifice biliaire dont il dispose.

Toutes les dérivations centrales de cette série ont été réalisées sur anse en Y à la ROUX, parce que c'est le montage qui offre le maximum de garantie à l'égard du reflux.

Nous appellerons par le simple vocable "Y" ce type de montage.

La longueur d'anse exclue dépasse toujours 60 cms. Elle est fermée à son bout supérieur dans l'immense majorité des cas. La brèche utilisée pour l'anastomose est faite sur le bord libre un peu plus bas. Pour le grêle, c'est donc une anastomose à la "Sweet" latérale.

N.B. Dans la suite de ce texte, le terme de Terminal ou de Latéral, non suivi de précision, s'adresse toujours à la voie biliaire et non pas au segment digestif. Ceci pour ne pas alourdir, et parce que c'est sans importance majeure pour le versant intestinal de l'anastomose d'être latéral ou terminal.

Analyse des anastomoses réalisées

Avec l'expérience acquise, la qualité de l'anastomose permise par ce montage a considérablement évolué. Ceci a été acquis par les progrès accomplis dans la dissection du hile. L'abord de la branche gauche a marqué dans cette évolution un progrès tel qu'il réalise une véritable cassure chronologique. (Réf. n°11).

I- Avant l'abord de la branche gauche (Février 1956)
deux types d'anastomoses ont été réalisés.

1- L'anastomose dite en "ventouse" ou encore
"cratéro-anastomose".

Plus qu'une anastomose chirurgicale, c'est une variété de fistulo-anastomose. Elle n'est pas trop mauvaise dans le cadre de cette variété parce qu'elle dérive un trajet fistuleux court et souvent d'assez large calibre.

2- L'anastomose vraie bord à bord

Elle a toujours été réalisée de préférence à l'anastomose en ventouse lorsque la dissection permettait d'atteindre la voie biliaire haute elle-même.

Elle est toujours terminale en ce qui concerne la voie biliaire.

C'est une servitude, car elle impose à l'anastomose le calibre du moignon hépatique retrouvé.

Enfin elle n'est jamais réalisée qu'assez peu en amont du pôle inférieur retrouvé de la voie haute. Elle ne choisit donc pas les tissus de sa lèvre supérieure.

II- En Février 1956, l'abord direct de la branche gauche a transformé la qualité de l'anastomose permise aux dérivations centrales.

Car il a enfin permis de disposer de meilleurs tissus biliaires.

La branche gauche est, dans les cas habituels, éloignée de l'épicentre du foyer traumatique qui siège plus bas et plus à droite. La paroi du canal gauche est donc toujours de meilleure qualité que celle de l'hépatique sous-jacent. Elle demeure assez souvent souple et véritablement saine.

Quant au calibre : la branche gauche elle même, après distension est pratiquement toujours le segment le plus large des voies biliaires hautes. Il n'est que de regarder quelques cholangiogrammes per-opératoires pour s'en convaincre.

Par ailleurs, c'est une brèche latérale que l'on crée, par force, sur cette branche. Cette obligation fut bénéfique car elle amena à créer une brèche qui dépasse souvent largement le calibre du canal qui la porte. Cette conception est illus-

trée par le fait que c'est après 56 seulement que l'on voit réalisées deux anastomoses latérales sur un moignon hépatique trouvé assez long pour que l'on ne juge pas nécessaire d'utiliser la branche gauche. Le plus souvent la brèche part de la face antérieure du moignon hilaire, et "s'élargit" sur la branche gauche. (Anastomose dite "moignon élargi", "moignon branche gauche" dans les C.R.O.).

Des anastomoses qui n'utilisent exclusivement que la branche gauche après abord électif de celle-ci ont été réalisées.

Nous appellerons de façon générique "Y latéral élargi" ce type d'anastomose.

Nous signalons à l'attention du lecteur l'observation inédite de VAC... où l'abord de la zone de convergence fut effectué par voie trans-scissurale.

Persuadé que le résultat à attendre est directement fonction des qualités de l'anastomose réalisée, nous avons étudié séparément :

- les Y en ventouses ;
- les Y bord à bord ;
- les Y latéraux élargis.

Statistique globale des Dérivations Centrales Intra-hilaires.

Il y a 31 Dérivations Centrales : soit les $\frac{3}{4}$ des réparations effectuées.

Résultats globaux :

Il sera plus intéressant d'analyser les résultats en fonction des anastomoses réalisées. Voici pourtant l'addition de ces fractions :

- 13 guérisons confirmées ;
- 3 guérisons récentes ;
- 5 bons résultats ;

soit 21 Bons résultats..... Très près des $\frac{2}{3}$.

- 3 résultats insatisfaisants ;
- 6 échecs ;

soit 9 Mauvais résultats..... Moins du $\frac{1}{3}$

- 1 Résultat inconnu..... Soit $\frac{1}{30}$.

ANALYSE DES DERIVATIONS CENTRALES

SELON LE MODE D'ANASTOMOSE

Y EN VENTOUSE

Chronologie

6 anastomoses "en ventouse" furent réalisées sur
5 malades :

- 5 sont réalisées avant 1956 :

AZA.....	1952
HAR.....	1953
LEO.....	1954
PAC.....	"
VER.....	"

- 1 est de 1957 :

MAR..... 1957

Résultats globaux

- 1 guérison durable ;
- 2 bons résultats stables ;
- 1 échec, guéri ultérieurement par Dogliotti ;
- 2 échecs renouvelés.

Analyse des Indications

= Un cas (VER...) aurait aujourd'hui certainement permis de faire une anastomose large utilisant la branche gauche. C'est échec pour la ventouse, puisque l'on dut réintervenir en 1955 (Dogliotti) mais qui aboutit à la guérison de la malade.

= Les 4 autres cas seraient encore aujourd'hui fort embarrassants à traiter.

Ces 3 observations (2 anastomoses successives pour un seul cas), sont analysées au chapitre des lésions hautes intéressant la "bifurcation".

- 3 sont des lésions certaines de la zone de convergence ;
- 1 est une lésion très proche de la zone de convergence.

On y obtient :

- Une guérison obtenue d'emblée est stable depuis 1954 (lésion certaine de la zone de convergence).
- Deux bons résultats stables depuis 1952 et 1954 (1 lésion sûre, 1 lésion très probable de la zone de convergence).
- Un échec réitéré qui n'est pas amélioré par un Longmire désespéré.

Commentaires

Dès l'origine la technique dite en ventouse a donc été considérée comme un pis aller et appliquée seulement aux plus mauvais cas.

Bien que très insatisfaisante pour l'esprit, ses résultats sont bons une fois sur deux.

Y BORD A BORD : TERMINO-LATERAL

Chronologie

Il y a 7 anastomoses bord à bord.

6 sont réalisées avant 1956, ce sont :

- WAT... 51
- NOV... 52
- PRI... 53
- DAM... 54
- AKA... 55
- DUP... 55

1 date de 1959 :

- CAI... 59

Analyse des Résultats

Sur ces 7 anastomoses bord à bord :

- 2 sont larges et régulières : 2 guérisons durables.
- 2 sont irrégulières : 1 résultat inconnu à distance ;
1 bon résultat de 5 ans.
- 3 sont irrégulières et réalisées sur le canal droit :
aucun bon résultat.

Analyse des Indications

- 4 cas présentaient un moignon d'hépatique :

nettement individualisé au-dessous de la zone de convergence, visible sur le cholangiogramme dans les 3 cas radiographiés :

- . 2 fois il est long (PRI..., NOV...) ;
- . 2 fois il est court (AKAR..., DAM...).

Les deux cas pourvus de moignon long ont permis en 1952 et 1953 de faire une anastomose large et régulière. Ils ont donné deux guérisons d'emblée et demeurées stables.

Les deux cas à moignon court n'ont permis en 1954 et 1955 que des anastomoses bord à bord mais irrégulières, c'est à dire insatisfaisantes sur une partie de leur périphérie. Le résultat lointain connu est bon.

Ces cas permettraient tous aujourd'hui de faire une anastomose latérale élargie sur la branche gauche. Ce ne serait peut être qu'une sécurité de plus pour les deux premiers cas, mais cela représenterait pour les deux autres la possibilité de réaliser une anastomose régulière.

- Les 3 autres cas sont anatomiquement complexes et demeureraient des cas difficiles.

Les 3 cholangiogrammes ne montrent que le canal droit.

Pour WAT... 1951, on possède la preuve absolue que l'anastomose réalisée porte sur la branche droite.

1- Le cholangiogramme per-opératoire ne montre que le canal droit.

2- Les cholangiographies de contrôle répétées ne montrent jamais qu'une très bonne imprégnation du seul territoire droit.

3- Lors d'une intervention en VI 52, une cholangiographie per-opératoire faite à travers cette anastomose "abordée par voie trans-jéjunale et à laquelle on n'a pas touché" n'injecte à nouveau que le canal droit dont la dilatation a d'ailleurs progressé.

Pour CAIL... 1959, il existe une quasi certitude :

Bile blanche à la ponction dans le hile. Ponction trans-hépatique gauche ; échec. Ponction trans-hépatique droite : bile blanche.

Cholangiogramme ne montrant que le foie droit.

Le cul de sac hilaire que l'on trouve est "presque intra-parenchymateux". On ne peut pénétrer facilement dans la branche gauche et l'on fait une fausse route intraparenchymateuse lors de cet essai de cathétérisme.

Anastomose irrégulière sur le canal abordé.

Le cas de DUP... 1955, demeure plus difficile à analyser.

- La lecture a posteriori du cholangiogramme peropératoire certifie que seul le territoire droit est injecté.

Le fait qu'il a été pratiqué par ponction dans le hile au niveau même où sera pratiquée l'anastomose constitue un gros argument pour penser que cette anastomose est effectuée sur le bout de la branche droite.

Le C.R.O. note d'ailleurs la "profondeur" particulière du siège de ce moignon.

- La disparition de l'ictère est longue à obtenir et incomplète, puis se succèdent des poussées d'angiocholite.

- La réintervention en Mai 1957 (18 mois) ne comporte malheureusement pas de document radiologique. Par l'orifice supérieur de l'anastomose défaite, on cathétérise "une branche gauche et une branche droite".

"On dissèque la branche gauche en s'aidant d'une pince introduite à l'intérieur" on l'incise sur 2 à 3 cms en tissu sain et souple, et l'on obtient une brèche en J renversé qui, parti du moignon, s'élargit sur cette branche".

Est-il certain que la branche dite gauche était bien la branche gauche et non pas le canal du segment V ?

Sur le cholangiogramme de 1955, après une véritable bifurcation, ce canal s'éloigne à gauche du reste du contingent droit.

L'absence de toute précision quant à la topographie de cette "branche" par rapport au bord postérieur du lobe carré, laisse incertain.

- Les suites éloignées sont insatisfaisantes :
une biligraphie dont nous ne possédons qu'un rapport imprécis parle de lithiase résiduelle. Son existence réelle à gauche fournirait un gros argument à notre conception.

En définitive, les 3 anastomoses portant sur ce qui était très probablement un canal droit, furent 3 anastomoses de surcroît irrégulières. Elles n'ont fourni que des déboires :

- 1 résultat insatisfaisant ;
- 1 échec qui réopéré demeure un résultat aléatoire ;
- 1 échec définitif malgré un Dogliotti désespéré.

Commentaires

Tous les cas comportaient une nette dilatation qui est indispensable pour que l'anastomose terminale soit satisfaisante.

Les résultats de cette série illustrent de façon frappante que les résultats sont fonction de la qualité de l'anastomose.

Jusqu'à présent l'anastomose terminale bord à bord est la seule qui soit réalisable pour dériver dans le hile la branche droite isolée.

Y LATERAL ELARGI

18 anastomoses latérales élargies ont été réalisées depuis Février 1956.

Résultats Globaux

Ils sont tous connus :

- 9 guérisons durables : 4 de plus de 3 ans ;
5 de plus de 18 mois ;
1 de 1 an.
- 3 excellents résultats récents : 2 de 9 mois ;
1 de 3 mois.
- 3 bons résultats : 1 de 2 ans 1/2 ;
2 récents.
- 1 résultat insatisfaisant confirmé : 18 mois.
- 1 résultat insatisfaisant récent.
- 1 décès au 9ème mois (inondation bronchique au décours d'une occlusion).

Soit :

15 bons résultats	=	5/6
3 mauvais résultats	=	1/6

Il faut remarquer :

1- Que tous les cas anciens qui furent classés bons résultats au 6ème mois sont aujourd'hui des guérisons confirmées.

2- Que les deux résultats insatisfaisants concernent des cas à zone de convergence lésée (CAIL..., DUP...).

3- Tous les résultats sont connus, et l'on ne relève AUCUNE STENOSE D'ANASTOMOSE. Aucun malade de cette série n'a dû être réopéré.

Les difficultés anatomiques présentées sont loin de favoriser cette série :

- 5 cas (plus du 1/4) ont une lésion qui atteint la zone de convergence.

- 8 cas seulement (moins de la moitié) présentaient à la fois un moignon hépatique radiologiquement visible et une honnête dilatation.

- 2 cas sont des réparations itératives pour échec d'une première réparation effectuée à Bichat par une autre technique.

- 3 cas n'ont pas de dilatation ou pas de moignon hépatique radiologiquement visible au-dessous de la zone de convergence.

Soit : sur 18 cas :

- moins de la moitié de cas "faciles" ;
- plus du quart de cas "difficiles" ;
- plus du quart de cas "très difficiles".

Analyse des indications

Nous avons distingué 2 groupes anatomiques, selon que la zone de convergence est sûrement intacte ou non.

A- 13 cas présentaient une zone de convergence intacte :

11 fois on réalise une anastomose latéro-latérale utilisant la branche gauche.

(1 fois elle porte peut être sur le segment V (cf VAC...))

2 fois la longueur du moignon hépatique est suffisante pour que l'anastomose latéro-latérale ne morde pratiquement pas sur la branche gauche.

Sur ces 13 cas :

- 1 cas (JAQ...) ne comportait aucune dilatation et avait une branche gauche dédoublée (excellent résultat récent).
- 1 cas (DRA...) avait une branche gauche dédoublée, un foie histologiquement altéré et présentait un dédoublement de la branche gauche (guérison).
- 11 cas présentaient une nette dilatation, conséquence d'une rétention intense.
- 3 cas sont opérés en état d'angiocholite grave dont 1 suppurée (JOL..., MAR..., BAR...).

A partir de Septembre 1958 on abandonne pour ce genre de cas l'usage de tout drain trans-anastomotique.

Les résultats en Décembre 1959 sont ceux-ci :

- 2 cas en 1956 :

- LAN... {
- VAC... { 2 guérisons d'emblée de plus de 3 ans.

- 1 cas en 1957 :

- PRU... (Bon résultat - quelques douleurs.

- 4 cas en 1958 :

- de PER. {
- LEST... { 4 guérisons acquises d'emblée
- DES... {
- MAR... { et stables depuis 18 mois - 1 an

- 7 cas en 1959 : 1 décès au 9ème mois par inondation bron-
chique au décours d'une intervention pour
- BAR... { occlusion. Il n'y avait aucun symptôme bi-
- JOL... { liaire depuis la réparation.
- GEOR... { 2 cas sans aucun symptôme depuis 9 mois.
- JAQ... { 1 " " " " 3 mois.
- DRA... { 2 cas ont eu dans les 6 premiers mois :
- BAR... { quelques douleurs, des selles décolorées
sans aucun autre symptôme.

Il y a donc sur 13 cas :

- 7 guérisons stables depuis plus d'1 à 3 ans.

- 1 décès qu'il est juste de prendre en charge.

Aucun mauvais résultat dû à l'anastomose elle-même.

B- 5 cas présentent une lésion affectant l'intégrité de la zone de convergence.

Un cas (LED... III-56) ne met en cause que le drainage du secteur latéral inférieur droit.

On remarque sur la fistulographie qu'il se jette à part et par un fin trajet tortueux dans la fistule commune.

Le cholangiogramme per-opératoire pas plus que le contrôle post-opératoire ne l'injecte.

On n'a rien fait au cours de l'intervention pour éviter cette exclusion.

Cette femme est guérie depuis 3 ans I/2.

Deux cas présentent une atteinte certaine de la zone de convergence avec conservation de la communication des foies droit et gauche (RIO... VI-56, OUIR... VII-57).

Cette certitude est acquise :

1- Sur les cholangiogrammes obtenus par fistulographies qui imprègnent les deux branches et montrent que chaque branche débouche séparément et par un défilé irrégulier dans le cratère central d'où naît la fistule.

2- Les C.R.O. sont précis et notent :

"l'orifice du canal droit débouche dans une zone fibreuse, on la dilate et l'on fend son orifice vers le haut".

Et pour l'autre :

"Anastomose utilisant le canal gauche, souple à gauche, à droite en tissu fibreux au ras de la branche droite".

Dans les deux cas l'anastomose réalisée est donc une anastomose à cheval sur les faces antérieures des branches gauche et droite. On respecte dans les deux cas la zone fibreuse qui forme l'éperon de convergence.

L'anastomose réalisée est en bon tissu et large à gauche; beaucoup moins satisfaisante dans sa portion droite.

Les deux résultats sont bons :

L'un est une guérison idéale.

L'autre ne présente plus aucun trouble biliaire au bilan de 1959 pratiqué dans le service du Dr LAMBLING. Elle garde quelques gastralgies attribuées dans ce service à l'existence d'une gastrite de gastro-entérostomisée (gastro-entérostomie pratiquée pour protéger le duodénum blessé).

Le dernier cas (LESC... II-59) présente un cholangiogramme per-opératoire qui prouve l'absence de communication droite-gauche.

Pratiqué par voie hilaire, par ponction de la branche gauche il ne montre que l'image de la branche gauche enrichie de celle du segment V dont le canal s'implante sur elle.

Cette branche gauche est d'ailleurs presque certainement doublée.

- Sur cette branche gauche, on fait une anastomose latérale large de 3 cms.

- On draine d'autre part par un simple drain (ôté au terme du premier mois) un rameau du canal droit, découvert fistulisé dans le duodénum lors de la dissection d'approche du hile.

Au 10ème mois la malade est en bon état général, mais a présenté une dizaine de petits accès angiocholitiques qui vont se raréfiant et sont jugulés en 48 heures par la prise de Colimycine. C'est un résultat insatisfaisant.

Enfin nous avons compté ici la seconde opération de (DUP...) dont nous avons déjà analysé l'observation parmi les mauvais cas en Y bord à bord terminal.

Ainsi pour les mauvais cas les résultats sont :

- 3 guérisons stables depuis plus de 2 ans ;
- 1 résultat insatisfaisant confirmé ;
- 1 résultat insatisfaisant récent.

LES REPARATIONS ITERATIVES

Nous avons vu que 23 des patients de cette série sur 38 venaient à Bichat pour l'échec d'une réparation immédiate ou pour l'échec d'une réparation précoce ou différée.

Il n'y a pas de différence sensible entre les résultats de ce lot et de celui des malades parvenus à Bichat, vierges de toute tentative de réparation.

Parmi les patients qui ont dû être réopérés après une première réparation différée effectuée à Bichat, on peut distinguer nettement 2 ordres de faits :

- 2 cas : VER..., DRA... sont des échecs d'une première réparation insatisfaisante sur des lésions anatomiques qui n'atteignaient pas la zone de convergence. Ces deux échecs sont à porter entièrement au passif de la première intervention. (Y en ventouse, Reconstruction). Pour ces deux cas, la nouvelle réparation a été couronnée de succès.

- 3 cas : DUP..., WAT..., HAR... ont dû être réopérés alors qu'ils étaient atteints, dès la première intervention, de lésions détruisant la zone de convergence. Les réparations

ultérieures n'ont pas fourni non plus de bons résultats. Ces échecs ont, à nos yeux, une signification différente de ceux du premier lot. Ce sont des échecs dus à la gravité des lésions pour lesquelles il n'existe pas encore de méthode satisfaisante de réparation.

Nous ne partageons pas l'avis des auteurs qui pensent que les chances de succès sont en soi diminuées s'il s'agit d'une réparation itérative. Nous pensons que ces chances sont en fait conditionnées par deux facteurs :

1- Le siège exact des lésions biliaires : de lui dépendra que l'on puisse faire ou non une réparation techniquement satisfaisante.

2- L'état du parenchyme hépatique : il peut avoir souffert d'une longue attente (plus que de la répétition des interventions). Il est certain que parvenu à la cirrhose irréversible, il ne sera pas guéri par une réparation enfin efficace. Encore faudrait-il que celle-ci soit réalisable dans les pires conditions créées par une authentique hypertension portale.

On ne retire pas de cette série de cas l'impression que les réparations différées itératives soient en règle techniquement plus ardues que les réparations différées primitives.

LES AUTRES INTERVENTIONS REALISEES

Ce sont deux explorations (JOL... et AUG...).

L'une et l'autre ont été suivies de réparation véritable ultérieurement, et qui ont l'une et l'autre fourni un bon résultat.

Tous les malades qui se sont présentés à Bichat porteurs d'une plaie chirurgicale de la voie biliaire ont donc été traités.

Nous signalons ici un cas de Dilatation de l'anastomose (d'un Y en ventouse) (WAT...). Ce fut un échec. A cette intervention peut-on donner le nom de réparation ainsi que le font plusieurs auteurs ?

LES PROCÉDES VOLONTAIREMENT ECARTÉS

Ce sont :

- Tous les montages qui emploient le grêle en excluant seulement partiellement l'anse qui est montée aux voies biliaires y compris le montage en Oméga, avec anastomose de Braun.

- On a évité de se servir du duodénum, même exclu, à cause de la puissance de son antipéristaltisme.

- Aucune interposition prothétique, qu'elle soit faite de tissu humain, de métal, de caoutchouc ou de substances synthétiques, n'a été utilisée.

Nous saisissons mal leur intérêt puisque l'on dispose du grêle pour reconduire la bile jusqu'au transit intestinal, et que sur la voie biliaire retrouvée, aucune plastie n'est plus facile à fixer que le grêle.

- Tout matériel tuteur "perdu" est formellement proscrit. Il s'entartre invinciblement, ce qui bouche sa lumière, et rend sa périphérie très agressive pour la voie biliaire qui le porte (PRU...).

- On remarquera enfin, qu'à la fin de cette série, on n'utilise plus que rarement le drain tuteur trans-anastomotique amovible.

S T A T I S T I Q U E S

STATISTIQUE GLOBALE

Le Matériel

38 cas

- 18 cas avaient déjà subi une réparation avant d'être traités à Bichat :
 - = 9 sont immédiates
 - = 9 sont différées
 - 5 avaient subi une réintervention précoce qui n'aboutit qu'à un drainage externe.
-

Soit 23 cas qui sont des Réparations différées ITERATIVES
(près des 2/3).

15 cas seulement étaient des plaies méconnues, vierges de réintervention.

Etat des malades à l'arrivée à Bichat

a- Etat clinique

11 fistules externes n'ont qu'une faible dilatation des voies hautes.

22 rétentions dominantes ont une notable dilatation.

5 angiocholites avec rétention intermittente dont la dilatation est acceptable.

b- Gravité topographique des lésions de la voie biliaire

- 12 cas ont une zone de convergence détruite.

- 26 cas ont une zone de convergence intacte.

.12 cas n'ont aucun segment d'hépatique radiologiquement visible sous la bifurcation.

.10 cas seulement ont un moignon hépatique qui atteint ou dépasse 1 cm.

Soit :

- 14 moignons "longs" ;

- 12 moignons intra-hilaires ;

- 12 destructions de la zone de convergence.

Ce qui est fait :

- 47 interventions
- 38 malades.

Type de l'intervention

<u>Pratiquée (47)</u>		<u>Définitive</u>	
5	- Reconstruction	4	(-1)
8	- Dérivation intra-hépatique	8	
6	- Y en ventouse	3	(-3)
7	- Y bord à bord	5	(-2)
18	- Y latéral élargi	18	
1	- Dilatation anastomose	0	(-1)
2	- Exploratrice	0	(-2)
47 INTERVENTIONS		38	9 REPARATIONS ULTÉRIEURES

- 47 interventions dont 44 réparations vraies.
- 38 cas. Tous sont réparés effectivement.

5 cas seulement forceront à nouvelle réparation ultérieure. (2 cas ont subi 3 réparations itératives).

Résultat Global

Sur 38 cas traités

- Bons résultats : 29/38 soit : 7,8/10
 - . 13 guérisons de + de 2 ans
 - . 5 B.R. + de 2 ans I/2
 - . 4 " stables de 3 ans
 - . 7 B.R. de plus de 6 mois
- Insatisfaisants : 4/38 soit : 1. /10 (dont 3 récents)
- Echecs : 3/38 soit : 0,8/10
- Inconnus : 2/38 soit : 0,5/10

STATISTIQUE PARTIELLE

I- CONVERGENCE RESPECTEE

Le Matériel

= 26 cas :

- 14 cas ont subi avant Bichat une réparation :
 - . 7 primitives
 - . 7 secondaires
- 1 cas subit une tentative de réparation qui n'aboutit qu'à un drainage externe du bout supérieur.

Soit 15 cas où la réparation de Bichat (près des 3/5) sera une réparation ITERATIVE.

11 cas de plaies méconnues, vierges de réintervention.

= 2 pédicules sont indissécables.

= 3 cas se présentent à Bichat en angiocholite grave avec abcès multiples du foie.

Les Résultats

- 12 guérisons dont 7 de plus de 2 ans
 - 2 bons résultats de plus de 3 ans
 - 3 bons résultats secondairement acquis spontanément,
stables depuis plus de 3 ans.
 - 5 excellents résultats récents (+ de 6 mois)
-
- = 22

22 TRES BONS RESULTATS

•
• •

- 1 Résultat insatisfaisant
 - 1 Décès au 9ème mois, d'occlusion.
-
- = 2

2 MAUVAIS RESULTATS SURS : 1/13

•
• •

- 2 Résultats inconnus à distance

Soit au pire : UN PEU PLUS DE 1/6 DE MAUVAIS RESULTATS.

A Quel Prix

2 fois la réparation définitive a succédé à une exploratrice qui n'avait pas pu réparer ; ce sont :

AU... image de cavernome portal

JOL.. angiocholite abcédée.

2 cas seulement de cette série ont subi 2 réparations secondaires à Bichat : DRA..., VER...

(1/13 des cas ont dû être réopérés).

Donc 22 fois sur 26 les résultats sont acquis au prix d'une seule intervention. (Durée moyenne d'hospitalisation : 40 jours).

STATISTIQUE PARTIELLE

II- CONVERGENCE DETRUITE

Le Matériel

12 cas (près du 1/3 des cas).

- 5 ont déjà subi une réparation :
 - . 3 primitives
 - . 2 secondaires
- 3 ont subi une réintervention qui n'aboutit qu'à un drainage externe.
- 4 sont vierges de réintervention :
 - . 1 seule n'a pas présenté de fistule ;
 - . 2 ont spontanément tari la leur en 1 mois.
- 5 cas se présentent à Bichat avec une fistule à gros débit et n'ont qu'une très faible dilatation.

Les Résultats

- 6 guérisons dont 1 récente ;

- 1 bon résultat stable.

= 7

7 BONS RESULTATS (un peu plus de la moitié)

- 3 résultats insatisfaisants (DUP..., LES..., CHIL...)
dont 2 récents qui peuvent évoluer bien ou mal
(sur 4 de la statistique globale).

- 2 échecs (sur 3 de la statistique globale)

= 5

Soit : 5 des 8 MAUVAIS RESULTATS de la
Statistique Globale

À Quel Prix

- 3 cas ont subi des réparations itératives à Bichat, Ils se soldent par 2 échecs et 1 résultat insatisfaisant. (Alors que les 2 cas à convergences intactes aboutissent à 2 succès).

- Il y a eu pour 12 cas, 18 réparations.

(1/4 des cas ont dû être réopérés).

ANALYSE EN FONCTION DES LESIONS

I- DESTRUCTION DE LA ZONE DE CONVERGENCE ET
ABSENCE DE COMMUNICATION DES FOIES DROIT ET GAUCHE

DEFINITION

Nous classons ici deux sortes de cas :

- Ceux dont le cholangiogramme démontre l'absence de communication entre droite et gauche parce qu'il n'opacifie qu'un seul de ces deux territoires.

- Ceux dont le cholangiogramme imprègne les 2 territoires droit et gauche, mais démontre clairement qu'il existe une discontinuité là où devrait se dessiner l'aisselle d'une convergence.

- Nous excluons absolument de cette catégorie les cas dont le cholangiogramme comporte seulement l'absence ou la grande brièveté du moignon hépatique radiologique.

Ce ne sont en fait que des lésions très proches de "la bifurcation", parfois même au ras de celle-ci. Mais au plafond de la convergence la continuité muqueuse est respectée et les deux branches droite et gauche communiquent nettement.

Notre définition refuse donc un nombre appréciable de cas qui seraient acceptés par la plupart des auteurs dans la série des "lésions hautes", "lésions intra-hilaires".

- Aux lésions que nous refusons ici, l'Y latéro-latéral élargi sur la branche gauche apporte une solution satisfaisante.

- Pour celles que nous retenons, par contre, il n'y a pas encore de solution idéale de réparation.

Statistique globale

- Les cas retenus sont au nombre de 12, soit près du 1/3 du chiffre total de cette série (38).

- Ils comportent : 7 bons résultats, soit un peu plus de la 1/2.

- Ils réunissent à eux seuls :
3 résultats insatisfaisants sur les 4 cas insatisfaisants de la statistique globale.
2 des 3 échecs définitifs.

- Ils ont fourni à eux seuls 5 sur 7 des indications de réintervention après réparation effectuée à Bichat. Et dans ce lot, les seuls cas qui ne sont pas guéris aujourd'hui.

On peut donc, sans forcer les faits, dire que cette catégorie de lésion a pratiquement l'exclusivité des mauvais résultats et ce chapitre représente en fait l'analyse des échecs dus aux lésions.

ETUDE DES LESIONS

- Preuves de leur existence.
- Façon de les mettre en évidence.

. .

I- LA RADIOLOGIE

Elle permet de diviser ces 12 cas en deux catégories :

- Ceux où l'injection d'iode montre l'image de la lésion elle-même.
- Ceux où elle apporte seulement la preuve de l'absence de communication entre le territoire injecté, et un important territoire non injecté.

A- 7 fois le cholangiogramme donne une imprégnation des 2 territoires hépatiques et l'image de la lésion elle-même.

Ce sont les observations : AZA... 1952, HAR... 1953, PAC... 1954, RIO... 1956, LAC... 1956, OUI 1957, LED... 1958.

Il se trouve que tous ces cholangiogrammes sont des FISTULOGRAPHIES pré-opératoires, ou per-opératoires, avant abord du hile.

Les lésions objectivées sont donc pré-existantes à la dissection que nécessite la réparation.

La destruction complète de la zone de convergence est indiquée par le signe radiologique suivant :

IL N'EXISTE PLUS DE CONTINUITE ENTRE LES BORDS AXIAUX DES BRANCHES DROITE ET GAUCHE. IL N'Y A PAS DE BORD SUPERIEUR A CE QUI DEVRAIT ETRE L'AISELLE D'UNE CONVERGENCE.

Cette absence est évidente sur les fistulographies de LAC..., d'AZA..., de PAC... Chacune des branches droite et gauche communique personnellement par un fin trajet fistuleux avec le cloaque central d'où naît la fistule externe.

La sténose terminale de chaque branche est nettement visible, après un petit renflement c'est une image "en fond de tube à hémolyse" suivie par la "mèche" d'un petit pertuis fistuleux.

Ces signes sont tous présents sur les fistulographies de RIO..., de HAR..., et sur les cholangiographies trans-hépatiques gauches de cette seconde observation. Sur les fistulogrammes per-opératoires de OUIR... ils sont aussi présents, mais il faut un peu plus d'attention pour les remarquer.

Aucun de ces signes n'est présent sur les cholangiographies des cas où la sténose est seulement au ras de la zone de convergence, non détruite. Et notamment aucun de ces signes n'existent sur les cholangiographies "avec absence de moignon hépatique sous-jacent à la bifurcation".

Avant l'intervention tous ces cas ont été suspectés de lésion très haute, de lésion mettant en péril la communication des deux territoires. Ils ont ainsi tous été traités par une technique susceptible de respecter la communication fonctionnelle spontanément rétablie.

Nous avons rapproché de ces 6 cas, celui de LED... La lésion est ici beaucoup moins grave puisqu'il s'agit seulement de la destruction de la convergence : hépatique commun - canal sectoriel latéral inférieur droit à implantation basse.

C'est pour illustrer qu'à cette échelle partielle il demeure une identique sémiologie.

Tous ces cas comportent donc une destruction de la zone de convergence mais conservent une communication des foies droit et gauche, qui s'est peut être précairement mais spontanément rétablie.

On remarquera, sans conclure, qu'ils représentent un important contingent des cas parvenus à Bichat avec une fistule : 7 sur 11. (Il n'y a que 12 cas de convergence lésée, sur 38 cas rapportés).

B- 5 fois le cholangiogramme apporte la preuve que les territoires droit et gauche ne communiquent plus.

Ce sont les observations : WAT... 1951, DUP... 1955, LES... 1959, CAIL... 1959, LAC... 1958.

Cette preuve est fournie par le cholangiogramme per-opératoire qui n'imprègne qu'un seul des deux territoires.

Rien ne permet de croire que le défaut d'imprégnation de tout un large territoire puisse résulter d'un artefact.

1- Il est évident qu'une injection techniquement irréprochable est ici nécessaire, et que les derniers clichés pris doivent montrer que le territoire opacifié est parfaitement bien rempli. Tel est le cas de tous ces cholangiogrammes, dont les films apportent également la preuve qu'il n'existait pas de "fuites".

2- Dans ces conditions, il est inimaginable que la cholangiographie ait été incapable d'injecter une communication, même précaire, entre les 2 territoires.

Le cholangiogramme d'HAR... lors de la seconde intervention est pratiqué par voie trans-hépatique gauche. Il montre clairement l'opacification du territoire droit obtenu à travers un fin pertuis qui relie la droite à la gauche et en amont duquel siège en outre un gros calcul.

Rappelons, aussi, les minimes fistules biliaires internes montrées par la cholangiographie. Le trajet en est si ténu que la dissection a pu se montrer incapable de les retrouver.

On peut donc affirmer qu'à l'opacification techniquement correcte d'un seul territoire sur le cholangiogramme, correspond réellement une absence de communication entre les territoires injectés et non injectés.

Il serait souhaitable d'obtenir cette preuve avant toute dissection de la zone hilaire, et à ce titre, nous pensons qu'il est indiqué dans les cas où l'on suspecte une lésion très haute de pratiquer d'emblée une cholangiographie par voie trans-hépatique. Si l'on injecte l'iode par voie hilaire, il est indiqué de le faire par ponction et avant toute ouverture du "moignon".

(Nous relevons deux cas de cholangiogrammes obtenus après ouverture du cratère hilaire. Ils n'opacifient qu'un seul territoire alors que la fistulographie avait montré une zone de convergence détruite mais avait injecté les deux territoires) (RIO..., LAC...).

Il ne semble pas que d'autres lésions que la destruction de la zone de bifurcation soient susceptibles d'expliquer cette absence de communication.

Il ne semble pas en tout cas que ce puisse être le cas de la lithiase des voies hautes.

Nous possédons 3 cholangiogrammes où des calculs de grand volume sont dessinés (HAR..., BAR..., VER...). Ils sont moulés sur le canal qu'ils encombrent. Ils n'empêchent en rien l'iode de filer plus loin, même lorsqu'ils sont situés juste en amont d'un défilé comme c'est le cas pour HAR...

Par contre, nous n'avons jamais trouvé de preuve démontrant l'existence de lésion sus-jacente à la zone de convergence et qui la respecte.

Il faudrait pour cela une image qui imprègne l'une des branches, la zone de convergence et s'interrompe sur le moignon inférieur amorcé du canal hétéro-latéral.

Une telle lésion isolée du canal hépatique droit est assez souvent mise en avant dans la littérature. Pour être commise une telle lésion supposerait des manoeuvres franchement intra-parenchymateuses, nettement sus-jacentes à la plaque hilaire où le canal droit ne fait qu'aboutir sans y cheminer. Pareilles manoeuvres sont invraisemblables en dehors de la chirurgie hépatique glandulaire.

Cependant l'abouchement caudal d'un canal sectoriel latéro-inférieur droit, suppose le plus souvent que ce canal sectoriel est en position hypoportale. Il est alors beaucoup plus exposé à un éventuel traumatisme.

Il demeure que la cholangiographie élective d'un seul territoire qui permet de fortement présumer la destruction de la zone de convergence ne montre pas "l'image" de la lésion elle-même. Nous pensons qu'en cette occurrence pour connaître l'exacte topographie de la lésion et son ampleur, il serait précieux de chercher systématiquement à obtenir (par voie trans-hépatique) l'image complémentaire du territoire non injecté.

Faute de cette précision, deux cas parmi ceux qui sont rapportés demeurent quelque peu obscurs (DUP..., LEOP...).

..

L'existence de plusieurs cholangiogrammes successifs apporte dans quelques observations des recoupements très instructifs :

- Les uns en reproduisant plusieurs fois la même image cholangiographique, apportent une véritable confirmation à la véracité du premier cholangiogramme (WAT..., HAR...).

- Les autres en s'illustrant successivement des 2 types d'images que nous venons de désigner, justifient que nous en

fassions le rapprochement. Ils apportent à l'interprétation de chacun de ces 2 types de cholangiogramme, la réciproque caution d'un recoupement (RIO..., AZA..., LAC...).

Dans les autres observations rapportées dans cette étude, aucun cholangiogramme de l'un ou l'autre de ces 2 types n'a été obtenu, et ensuite démenti, par une cholangiographie ou toute autre vérification ultérieure.

Ce chapitre groupe donc tous les cas qui ont présenté les images que nous venons de décrire.

II- LA DISSECTION

Il a pu paraître paradoxal que notre référence essentielle ne s'inspirât point des constatations visuelles ou instrumentales per-opératoires.

Nous avons pour cela les raisons suivantes :

1- Comment affirmer, une fois la dissection suffisamment accomplie pour permettre de voir clair, qu'elle ne vient pas elle-même de créer une interruption, sans s'en apercevoir ?

2- Surtout, il ne faut pas méconnaître qu'il s'agit finalement de l'analyse du fond de cratères fistuleux, profondément enfouis dans une région bouleversée d'adhérence et de fibrose.

Et partout ailleurs, lorsqu'il s'agit d'analyser des trajets profonds, l'opacification radiologique a démontré sa supériorité sur tout autre mode d'investigation.

3- Enfin, l'image radiologique dessine une arborescence où l'on peut apprendre à donner à chaque branche son vrai nom. Une image qui permet donc la certitude topographique.

L'exploration à la pince ou à l'explorateur des orifices trouvés au sommet du hile ne peut prétendre à autant de précision. Et l'on a pu mettre, en fait, dans la branche gauche, un drain que l'on croyait mettre dans la branche droite... (LEOP...)

Nous signalons dans les observations les constatations opératoires notées par les C.R.O.

Nous trouvons donc dans cette étude la confirmation de l'importance de la radio : il est indispensable de recourir systématiquement à la cholangiographie en matière de réparation biliaire.

Nous pensons même que chercher à obtenir plusieurs cholangiogrammes successifs pour un même cas est loin d'être un luxe. La lecture correcte et efficace de certains cholangiogrammes nous a paru assez ardue pour ne pas négliger de profiter de possibles comparaisons.

Pour notre part, l'intérêt de lire l'anatomie topographique sur cholangiogrammes intra-hépatiques, ne nous est apparu qu'après avoir pris systématiquement les calques des clichés des observations ici analysées.

Pour parvenir à cette lecture, nous nous sommes référés aux données anatomiques exposées par COUINAUD, et à des dissections personnelles.

Nous avons comparé entre eux les calques successifs de mêmes observations et les calques des différentes observations. Nous espérons maintenant ne plus commettre de trop lourdes erreurs dans l'identification des différents secteurs. Or sur le cholangiogramme, l'absence de certains territoires même assez vastes, ne saute pas toujours aux yeux. Elle ne sera sûrement remarquée que si l'on s'astreint à dénombrer les différents segments.

EN RESUME

Nous avons relevé 12 cas de lésions de la convergence :

- 7 présentaient une communication certaine des foies droit et gauche.
- 5 présentaient une interruption de communication.
- 10 cas ont une lésion certaine de la zone de convergence prouvée par recoupement des documents multiples.
- 2 cas en l'absence de recoupement assez précis pour apporter une preuve formelle, ne demeurent que de très fortes présomptions.

ANALYSE THERAPEUTIQUE

Nous résumons par un tableau de schémas ce qui a été fait et les résultats obtenus par les différents montages.

Il ressort de ce tableau :

- Que les 3 anastomoses qui ne drainent très probablement que le canal droit ont fourni 3 mauvais résultats.
- Que le montage en ventouse sur le cratère qui sert de déversoir commun aux deux branches a fourni 3 bons résultats pour 4 cas.

Dans le 4ème cas (HAR...) on possède la preuve radiologique que c'est l'anastomose basse qui s'est sténosée, mais que persistait à partir du cratère la communication d'une branche à l'autre.

La dissection, non alertée, cherchant à retrouver plus haut un "vrai canal" s'expose dans ces cas à ne pas apercevoir l'un des pertuis parfois très ténu, et à ne pratiquer qu'une anastomose bout à bout sur le canal droit pris pour l'hépatique commun.

Nous avons vu le résultat qu'il faut en attendre.

Deux cas, OUIR... et RIO ont pu profiter d'une anastomose latérale à cheval sur la branche gauche et sur la terminaison fibreuse du canal droit. Tous deux avaient des voies droite et gauche communicantes et une lésion de la convergence vérifiée par la radio comme par les constatations anatomiques du C.R.O. Ce sont deux guérisons confirmées.

Cette technique n'est applicable bien sûr qu'aux cas où les canaux sont restés proches et communicants.

Lorsqu'elle est réalisable, elle constitue la technique la plus satisfaisante que nous connaissions.

Puisqu'à gauche l'anastomose est en tissu sain, ou du moins souple, à droite, elle fend l'anneau scléreux qui termine le canal droit, et s'élargit latéralement sur l'une de ces faces.

Elle risque moins que les autres montages décrits (Dogliotti, Cattel..) la sténose. La sténose menace gravement toute anastomose terminale sur le canal droit. Elle porte en effet toujours sur des tissus très médiocres (le canal droit s'enfonce verticalement dans le parenchyme et ne peut pas être "abaissé").

D'autre part, une anastomose terminale sur le canal droit sacrifie par essence la communication qui s'était spontanément établie.

L'anastomose latérale sur le seul canal gauche abordé par voie sus-hilaire, en négligeant le canal droit, a été réalisée 2 fois.

- 1 fois (DUP... 1957) il existait vraisemblablement une communication (absence de cholangiographie). Après échec d'une première anastomose sur canal droit (1er cholangiogramme sélectif droit). Résultat insatisfaisant.

- 1 fois (LESC...) il n'y avait pas de communication (cholangiogramme sélectif gauche) et on établit un drainage externe simple d'un rameau périphérique droit blessé lors de la dissection. Résultat insatisfaisant récent.

Enfin, il fut fait un Longmire gauche a priori très insatisfaisant sur un canal gauche amputé d'une large partie de son aire de drainage et ne communiquant pas avec le canal droit. Contre toute attente c'est un très bon résultat stable depuis 18 mois.

COMMENTAIRE

Le problème thérapeutique, même théorique, posé par ces cas est donc loin d'être résolu.

L'alléchante idée d'y réaliser des anastomoses intra-hépatiques ne s'applique en effet qu'à un petit nombre de cas :

- Dans tous nos cas, quand persiste une communication spontanée entre territoire droit et gauche, il existe aussi une fistule externe à grand débit. L'absence de dilatation des voies hautes rend alors toute dérivation intra-hépatique irréalisable.

- Ou bien il existe une forte rétention, mais (sauf 1 fois, HAR... reprises) il n'y a pas de communication. Pour être satisfaisante une dérivation intra-hépatique devrait alors être bilatérale.

..

Tous les cas, sauf un (LAC...), où, après la réparation l'absence de communication est très probable, ont donné de mauvais résultats.

II- LES DONNEES DE L'HISTOLOGIE

Nous avons demandé au Docteur MARTIN, qui dirige le Laboratoire Central d'Anatomie Pathologique de Bichat, de bien vouloir relire toutes les coupes dont nous disposions. Nous tenons à le remercier très vivement d'avoir bien voulu s'intéresser à ce travail.

Lorsque les coupes lui ont été confiées, il connaissait les différentes questions qui se posaient à leur sujet, mais non pas les observations de chacun des cas auxquels correspondaient les coupes. C'est sur sa demande que l'on a procédé de cette manière. Nous pensons qu'elle garantit aux interprétations un caractère de totale objectivité.

..

I- LE RETENTISSEMENT HEPATIQUE

Les questions essentielles que nous posions étaient les suivantes :

1- Existe-t-il une correspondance entre l'histoire clinique des malades et le degré des lésions du parenchyme hépatique ?

2- Quelles sont exactement ces lésions hépatiques ? Et notamment, intéressent-elles plus la trame conjonctive, les axes portaux, que les cellules hépatiques ? Dans quel état sont les canaux biliaires, grands et petits ?

3- A la lecture des premiers comptes-rendus histologiques il nous avait paru que l'on employait peut être un peu facilement le terme de cirrhose biliaire. Et nous étions frappés (du moins chez les malades qui avaient profité d'une réparation satisfaisante) du manque d'avenir clinique de ces "cirrhoses biliaires" pourtant de funeste réputation. Quand l'histologiste peut-il réellement juger les lésions irréversibles et menaçant à elles seules l'avenir ? Jusqu'à quel degré d'atteinte peut-il espérer que les lésions puissent régresser ?

Le Matériel utilisé

Nous disposons de 22 biopsies utilisables pratiquées chez 19 malades (la moitié des cas).

La majeure partie est constituée de biopsies opératoires pratiquées sur le bord antérieur du foie.

Quelques unes sont beaucoup plus profondes puisqu'il s'agit de prélèvements effectués sur la pièce d'exérèse du segment (III en général) retiré pour pratiquer une dérivation intra-hépatique.

Nous disposons enfin de deux biopsies pré-opératoires, dont les comptes rendus sont assez précis pour permettre, sans abuser, de les classer dans l'un des 4 stades énumérés ci-dessous.

Enfin nous possédons une biopsie post-opératoire.

Nous devons signaler que certaines biopsies n'offraient à l'analyse qu'un petit fragment de foie. La présence de certains types de lésion à leur niveau n'implique pas forcément que tout le parenchyme ait été sensiblement lésé.

Classification

Après examen comparatif des différents prélèvements, il est apparu que l'on pouvait classer les lésions en quatre catégories ou stades différents.

Le critère essentiel de cette classification est la présence ou l'absence de SCLEROSE. Il semblait que ce fut la donnée la moins fragile pour préjuger du caractère réversible ou irréversible des lésions.

Ces quatre stades sont définis ainsi :

STADE O - Foie normal ou subnormal.

STADE I - Il correspond aux coupes DEPOURVUES DE SCLEROSE mais qui présentent, isolés ou associés, deux types essentiels d'ALTERATIONS :

- une surcharge pigmentaire biliaire ;
- une infiltration inflammatoire péri-portale ou interstitielle et parfois un certain degré d'atteinte épithéliale.

STADE II - Il est défini par la PRESENCE DE SCLEROSE.

Mais cette sclérose reste péri-portale, au plus elle ébauche des ramifications en étoile ; elle n'est pas mutilante ni annulaire.

Il s'agit d'une sclérose dystrophique ou inflammatoire isolée ou s'ajoutant aux lésions décrites au stade I, accompagnée ou non de dédifférentiation cellulaire des travées épithéliales avoisinantes.

STADE III - Il est caractérisé par la présence d'une SCLEROSE ANNULAIRE ET MORCELANTE. C'est à ce seul stade

pensons-nous, qu'il faut réserver le terme de CIRRHOSE ; le stade II mérite tout au plus le qualificatif de PRE-CIRRHOSE.

Par contre, nous avons préféré le terme de stade à celui de classe, après avoir dépouillé la confrontation anatomo-clinique suivante. La concordance assez exacte entre la durée d'évolution des troubles cliniques et la classification histologique, fut pour nous, une surprise ; car ce n'est qu'après que toutes les interprétations histologiques aient été rédigées que l'histologiste prit connaissance des histoires cliniques correspondantes.

DUREE D'EVOLUTION DES SYMPTOMES CLINIQUES

	Minimum	Maximum	Moyenne
Stade I 6 cas	3 semaines	11 mois	environ <u>5 mois</u>
Stade II 10 cas	7 mois	26 mois	environ <u>20 mois</u>
Stade III 4 cas	12 mois	29 mois	environ <u>40 mois</u>

Ceci semblait autoriser d'introduire une notion évolutive dans les comptes rendus histologiques.

Du point de vue purement histologique, quelques caractères particuliers méritent d'être soulignés :

1- Les surcharges pigmentaires les plus importantes, les infiltrations inflammatoires interstitielles les plus nettes et les lésions de nécrose les plus prononcées, sont vues à des stades précoces et au cours d'obstructions biliaires quasiment totales.

Ces lésions se rapprochent fortement de celles des ic-
tères par obstruction cholédocienne totale, par cancer de la
tête du pancréas par exemple.

2- Dans presque tous les cas d'obstruction relative, on
constate par contre :

- La discrétion de l'accumulation pigmentaire, et ce,
d'autant plus que les lésions sont plus anciennes et que la
sclérose devient plus importante.

- La remarquable tolérance du parenchyme qui, hors les
cas d'apoplexie biliaire massive ou de foyer de suppuration
aiguë, ne présente pratiquement aucun signe de souffrance.
Il n'y a pour ainsi dire jamais de stéatose, jamais d'atrophie
notable, jamais de désorganisation des travées, rarement des
signes de régénération hyperplasique.

3- Les lésions restent cantonnées ou évoluent à partir des espaces porte. Ceux-ci sont constamment et précocement le siège d'une infiltration inflammatoire plus ou moins importante et riche en polynucléaires. C'est à partir d'eux qu'évolue progressivement la sclérose.

Cette sclérose peut prendre deux types différents :

- sclérose péri-canaliculaire, formant un cerne de collagène lamellaire ou hyalin très dense qui, dans certains cas étouffe littéralement les canalicules dont la lumière devient parfois virtuelle ;

- ou sclérose fibrillaire très inflammatoire, qui disloque le parenchyme proche, lequel se différencie plus ou moins sous forme de néo-canalicules biliaires.

4- Quant à la cirrhose constituée, elle est de densité variable selon que la totalité ou un nombre limité des espaces porte ont subi des remaniements inflammatoires. Mais de toute façon il faut souligner la discrétion ou même l'absence d'infiltration pigmentaire, l'absence de sclérose interstitielle, l'intégrité habituelle des hépatocytes.

Analyse des conditions de genèse des lésions histologiques du foie.

Au seul cas de stade 0 correspond l'histoire suivante (RIO...) 5 mois de fistule externe à fort débit sans aucune rétention et sans poussées fébriles.

Il y a 6 coupes du stade I : ces biopsies ont été prélevées au terme d'une histoire clinique qui a duré toujours moins d'1 an.

Pour deux cas le délai est de 1 mois 1/2 : l'un était en état d'angiocholite grave (JOL...) ; l'autre n'avait qu'une rétention complète (de PER...).

Deux cas ont des troubles depuis 5 à 7 mois : l'un est une rétention complète pure de 5 mois (CAIL...) avec bile blanche. L'autre (DRA... 1ère intervention) est en subictère avec 3 grandes poussées d'angiocholite depuis 7 mois.

Deux cas ont des troubles depuis 10-11 mois. Mais il s'agit de rétention pure dépourvue de syndrome infectieux (FIC..., AKAR...).

Tous les cas dépourvus de sclérose ont donc des histoires cliniques relativement courtes. Les deux cas qui dépassent nettement 6 mois sont des rétentions cliniquement pures de surinfection.

Stade II - 10 cas sont parvenus au stade II :

- 2 cas après une évolution courte dominée par l'existence d'une fistule externe à fort débit, mal supportée par l'état général (OUIR... 3 mois, LED... 5 mois).

- 2 cas après une évolution de 7 mois où succède à une fistule externe qui tarit spontanément en 4 mois, une rétention aggravée d'accès d'angiocholite (VER..., PRI...).

- 6 cas ont une évolution qui a duré plus d'1 an et comportent une rétention accompagnée d'accès d'angiocholite. (WAT..., DRA... 2ème intervention ; LEOP..., SZY..., DAM... DEL...).

Stade III

- Il y a 2 évolutions de 1 an où se sont associées rétention et angiocholite (BARR..., BAR...). Il n'y a pas, sur les coupes, de lésions graves des hépatocytes.

- Deux biopsies sont prélevées au terme d'une très longue évolution (8 ans WAT..., 6 ans HAR...). Ce sont d'authentiques cirrheses, d'ailleurs l'une et l'autre compliquées d'une hypertension portale avec varices oesophagiennes.

On peut donc conclure :

1- Que dans l'ensemble le degré des lésions s'accroît avec la durée de l'évolution. (Toutes les biopsies prélevées après un délai d'évolution de 1 an ont dépassé le stade I).

2- Que certains états cliniques sont susceptibles de déterminer rapidement l'apparition d'une sclérose péri-portale :

- fistule biliaire à grand débit et mal supportée ;
- rétention accompagnée d'angiocholite succédant à une fistule externe spontanément tarie.

Par contre, la rétention pure a pu évoluer deux fois durant 10 mois sans provoquer de sclérose.

3- Que dans l'ensemble les lésions hépatiques évoluent assez lentement et qu'il faut en tout cas, un fort long délai avant que la sclérose retentisse sur la vitalité des hépatocytes : HAR... après 6 ans d'évolution d'une rétention surinfectée et malgré l'existence d'une sclérose annulaire mutilante, garde encore des hépatocytes pratiquement intacts.

Analyse de l'évolution ultérieure des lésions constatées :

Deux catégories de faits se distinguent nettement :

1- L'anastomose se sténose. La persistance ou le retour des troubles cliniques apportent la preuve que les LESIONS SONT ENTRETENUES : elles progressent lentement. Tels sont les cas de HAR..., de WAT..., de DRA...

2- L'anastomose réalisée est large et le reste, les troubles proprement biliaires disparaissent : LES LESIONS HEPATIQUES ne font jamais plus parler d'elles.

- 5 stades II sont guéris depuis plus de 4 ans.

- L'un d'eux a été biopsié 9 mois après la réparation et ces 9 mois étaient vierges de tout trouble : la coupe lue par le Docteur ESTEVE montre un foie normal.

Non entretenues donc, non seulement les lésions hépatiques semblent ne pas évoluer, mais peut être même sont-elles capables de régresser.

Nous attendons avec intérêt ce que sera l'évolution ultérieure de deux cas au stade III qui sont depuis 4 et 10 mois de très bons résultats cliniques.

Il vaut de remarquer que, en dehors des 2 stades III avancés et compliqués d'hypertension portale, les lésions anatomiques du parenchyme hépatique n'ont pas de leur fait, rendu plus difficile la réparation.

Deux dérivations intra-hépatiques satisfaisantes ont même été réalisées sur des foies parvenus au stade II (SZY.. DEL...).

En fin de compte, ce qui détermine l'avenir ultérieur du parenchyme, ce n'est donc pas le degré des lésions constatées à son niveau, mais la valeur de l'anastomose que l'on a pu réaliser. D'elle dépendra que les lésions parenchymateuses soient entretenues et progressent, ou que le processus qui les a provoquées cessant, elles stoppent leur évolution et peut être même, puissent régresser.

II- ETUDE HISTOLOGIQUE DES VOIES BILIAIRES

1- Remaniement des voies biliaires intra-hépatiques

Cette étude n'est que fragmentaire et porte surtout sur les ramifications terminales étant donné la petite taille des fragments biopsiques.

Les petits canaux terminaux des espaces portes conservent presque toujours leur revêtement cubique ou cylindrique régulier.

Au stade I, certains d'entre eux sont quelquefois remplis de leucocytes altérés, ont un épithélium desquamé et sont entourés par une couronne de cellules inflammatoires. Par contre il est exceptionnel sur les autres biopsies de constater des accumulations pigmentaires ou inflammatoires intracaniculaires.

Les canaux sont très rarement dilatés et au contraire la plupart d'entre eux aux stades II et III sont littéralement étouffés par d'épais anneaux de sclérose très dense.

Les gros troncs collecteurs intra-hépatiques ne peuvent être examinés que sur des biopsies exérèses très larges. Nous n'avons pas trouvé de distension particulièrement flagrante ; l'épithélium est souvent bien conservé, quelquefois hyperplasique et légèrement végétant ; mais en plusieurs points on trouve des petites érosions qui correspondent à un manchon péri-canaliculaire de cellules inflammatoires.

Aucun de ces troncs collecteurs intra-hépatiques ne paraît avoir de paroi bien individualisée : il s'agit d'une simple couche muqueuse reposant sur une étroite vitrée réticulinique et entourée par un conjonctif lâche qu'il est impossible de distinguer des conjonctifs hépatiques.

2- Lésions des voies biliaires extra-hépatiques

8 biopsies ont été examinées. Elles représentaient la zone "ébarbée" au niveau du moignon supérieur ou inférieur retrouvée.

On ne retrouve seulement que sur 2 coupes des petits îlots de muqueuse cylindrique très remaniée par de larges érosions et par une atrophie profonde ; le reste de la surface muqueuse est remplacée par une couche de cellules inflammatoires formant parfois un véritable bourgeon charnu.

Sur toutes les autres biopsies, l'aspect est toujours le même ; il s'agit de lames scléro-adipeuses dépourvues de toute trace de faisceaux musculaires ou de revêtement muqueux, parcourues par d'assez volumineux vaisseaux dilatés et congestifs et par de gros faisceaux nerveux qui sont l'un et l'autre englobés dans la sclérose.

Il est impossible d'apprécier une limite entre une paroi biliaire scléreuse et la séreuse épaissie par la fibrose.

Il existe donc une dystrophie très marquée qui s'accompagne rarement d'infiltration inflammatoire évolutive sauf semble-t-il sur la face interne du canal.

CONCLUSIONS

De cette étude intégrale de 38 cas hospitaliers tous traités personnellement par notre Maître le Docteur HEPP, se dégage une grande unité et une grande simplicité de conception.

Cette conception tient en deux propositions :

1- Ce n'est pas une morphologie, mais une FONCTION qu'il est souhaitable de rétablir : il faut restituer le libre cours de la bile vers l'intestin.

2- Cette restitution doit être d'emblée définitive.

Le meilleur procédé pour atteindre ce but le plus régulièrement possible, c'est de réaliser d'emblée une ANASTOMOSE SATISFAISANTE. C'est à dire une anastomose qui possède les qualités que l'on souhaite à toute anastomose digestive : affronter bord à bord des tranches saines, afin de demeurer large et souple.

Sur le plan technique

L'obstacle à la réalisation de cet idéal fut longtemps la difficulté qu'éprouvait la dissection à remonter assez haut dans le hile pour trouver une étoffe biliaire à la fois large et saine.

L'obstacle était technique, il était lié à la dissection.

Depuis Février 1956, la possibilité de parvenir jusqu'à la branche gauche de façon réglée a permis de franchir cet obstacle dans un très grand nombre de cas. Ayant la possibilité d'accéder aux voies hautes, au-delà de la zone de convergence, on est parvenu à établir de bonnes dérivations centrales, même lorsque ces voies hautes étaient peu dilatées, et même lorsqu'il n'existait qu'un moignon d'hépatique commun d'une extrême briéveté.

Lorsque sont réunies les deux conditions favorables d'une bonne dilatation, et d'un long moignon, la pratique de l'anastomose latérale, et non plus terminale sur la voie biliaire, a permis d'agrandir notablement le diamètre des anastomoses.

Aussi bien, depuis Février 1956, nous n'avons relevé aucun mauvais résultat pour les cas qui conservaient intacte la zone de convergence.

Demeurent les cas où le pédicule est inabordable ou indissécable. Une raison essentielle est responsable de cette impossibilité : la présence d'une circulation collatérale porte exubérante. S'il existe une forte dilatation des voies hautes, les dérivations intra-hépatiques profondes fournissent une solution qui a d'honorables chances d'assurer le succès. Leur anastomose porte sur un canal biliaire plus menu que celle des dérivations centrales, mais aussi situé plus loin du foyer traumatique, donc plus sain de paroi.

Les cas qui comportent une destruction de la zone de convergence persistent à poser un problème technique très imparfaitement résolu. Ces cas rassemblent pratiquement les résultats médiocres et mauvais de cette série.

L'investigation radiologique (si possible répétée) occupe sur le plan pratique comme sur le plan de la conception intellectuelle, une place prépondérante. Elle seule permet de reconnaître les lésions avec lucidité, et donc d'agir de façon conséquente en salle d'opération.

Elle seule . fournit a posteriori, une documentation qui demeure objective et qui permette une analyse impartiale de chaque cas. Bien qu'évoluant sous un masque clinique assez monotone nous avons vu qu'il existait une assez grande diversité de lésions.

Il parait sage de vouloir tenir compte de ces différences dans la comparaison statistique.

..

L'analyse des résultats obtenus par notre Maître le Docteur HEPP, semble justifier ces propositions.

Nous n'avons relevé à l'origine des échecs des réparations biliaires qu'une seule et unique cause : LA STENOSE DE l'ANASTOMOSE.

A notre connaissance, toutes les anastomoses qui se sont sténosées avaient été bâties, ou étroites, ou franchement irrégulières.

En réciproque, nous espérons avoir apporté la preuve que, même lorsqu'il existe d'importantes lésions histologiques du parenchyme hépatique, la réalisation d'une dérivation biliaire large et définitive était susceptible d'assurer de très durables guérisons cliniques, peut être même de véritables guérisons histologiques.

Nous pensons néanmoins qu'il est prudent de ne pas attendre que ces lésions soient organisées pour supprimer le trouble qui les a engendrées et entretient leur évolution. Du moins,

depuis que l'existence d'une très importante dilatation n'est plus une condition technique indispensable à la réalisation d'une anastomose valable..

.
..

Ces conclusions, ainsi que les autres réflexions de cette étude, ne concernent que les réparations biliaires différées. Nous ne prétendons nullement qu'elles puissent s'appliquer aux problèmes posés par les réparations biliaires immédiates ou précoces. Nous savons que leurs conditions sont très sensiblement différentes de celles que nous avons étudiées, et pensons même qu'il est important de ne pas additionner des faits disparates.

VU : LE DOYEN

L. BINET

VU : LE PRESIDENT

G. CORDIER

VU : LE RECTEUR

SARRAILH

OBSERVATIONS

Les observations sont classées par ordre alphabétique.

Le Résultat et les principaux motifs d'intérêt sont notés sur le feuillet vert situé en tête de chacune d'elles.

Nous avons pensé faciliter la possibilité de consulter les observations pendant la lecture du texte, en les reliant dans un fascicule distinct.

N.B. Sur le feuillet vert et la première page le nom est suivi de l'âge. Sur les pages courantes il est suivi du chiffre de l'année opératoire.

AKAR.. Belkia, 30 ans.

Y bord à bord irrégulier (55).

Résultat classé : Résultat inconnu (habite la Turquie).

Observation classée parmi les Y bord à bord terminal.

COMMENTAIRE

L'anastomose est peu satisfaisante, puisque la branche horizontale du drain sortait par l'anastomose.

On aurait aujourd'hui certainement utilisé la branche gauche.

Exemple de dérivation centrale effectuée en 55 bien qu'il n'y ait qu'un très court moignon intrahilaire.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade I, après 9 mois de rétention due à la sténose d'une reconstruction immédiate.

1) Le 26. 10. 54 : Cholécystectomie pour lithiasse douloureuse ayant donné lieu à un ictère passager.

Reconstruction immédiate par suture bout à bout de la voie biliaire sur drain de plastique perdu.

Au 17^e jour sub-ictère passager et douloureux.

Début 55 : crise douloureuse sans ictère.

2) Bichat. 9. 55 (délai 11 mois).

Sub-ictère, bilirubine à 50 mg, foie débordant de 4 travers de doigt le rebord sous-costal. Bon état général.

22. 9. 55 : Y bord à bord terminal latéral, irrégulier.

Trans-rectale renouvelée.

On trouve dans le pédicule un cordon à très fine lumière, qui a la topographie du cholédoque.

Décollement duodéno-pancréatique : noyau de pancréatite céphalique. On ne retrouve pas le drain perdu.

Ponction dans le hile du moignon biliaire supérieur.

Cholangiographie : dilatation notable, cholangiogramme complet : aspect verrouillé des canaux (on retrouvera à la biopsie une imprégnation cholestérolique marquée des ramifications même distales). Absence de moignon radiologique sous-jacent à la zone de convergence.

"Ebarbage du moignon hépatique qui est dilaté à la pince avant de réaliser une anastomose bord à bord avec une anse en Y. Cette anastomose est montée sur un drain de Kehr dont la branche horizontale sort à la face antérieure de l'anastomose.

Biopsie : Stade I.

Rétention pigmentaire assez importante dans les zones centro-lobulaires. Inflammation discrète des espaces portes.

A noter que le lobe gauche est le siège d'une rétention pigmentaire plus marquée que le lobe droit ; celui-ci par contre est le siège d'une stéatose notable.

Les gros troncs excréteurs présentent une importante desquamation muqueuse.

3) Suites immédiates : simples..

La malade sort au 30^e jour.

Drain laissé un mois, donnant en moyenne 250 cc par jour.

4) Suites ultérieures :

Revue en 3. 56 : léger subictère persistant, petite poussée d'angiocholite.

AUG.. Emilienne, 47 ans.

Longmire sur pédicule indissécable (58).

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE

Le Longmire est décidé à cause de l'impossibilité de disséquer un hile affecté d'une lésion du type cavernome portal.

S'agissait-il d'une thrombose post-traumatique de la veine porte ?

ICONOGRAPHIE

Splénoportographie.

AUG..... Emilienne, 47 ans.

1) Le 12. 9. 57 : Cholécystectomie pour hydro-cholécyste.

Reconstruction immédiate sur drain perdu.

Fièvre et douleurs immédiates, qui s'enrichissent d'un ictère à la fin du premier mois et qui apparaissent en même temps que le tube rejeté est trouvé dans les matières.

15. 12. 57 : hospitalisée dans le service du Docteur LAMBLING.

Elle pèse 44 kg et est en état de rétention totale.

Bilirubine à 40 mg. Epreuves de floculation nettement altérées.

28. 1. 58 : exploratrice.

Le caractère effroyablement hémorragique du pédicule fait rebrousser chemin. "Le foie est extrêmement mou et porte à sa surface des traces blanchâtres. La rate est augmentée de volume". De façon incompréhensible l'ictère s'atténue et disparaît pour 2 mois.

2) Bichat. 6. 58 : Nouvelle rétention. (délai de 9 mois).

Une spléno-portographie a été pratiquée entre temps :
pression intra-splénique : 13 cm d'eau.

Absence de tronc-porte remplacé par une image en tête de méduse, orientée vers le hile hépatique.

Absence de reflux dans les veines mésentériques et coronaire stomachique.

9. 6. 58 : Longmire sur une branche du canal III.

Reprise de l'ancienne cicatrice.

Cholangiographie trans-hépatique gauche "qui permet d'objectiver une sténose biliaire sous hépatique très haut placée, avec communication partielle du foie droit et de la branche gauche.

Il est vraisemblable qu'une des branches du canal droit a disparu".

"La seule solution est de faire une opération de Longmire".

Exérèse du segment III.

Anastomose muco-muqueuse à points séparés, montée sur un drain qui sortira de l'anse en Y à la Volker.

3) Suites immédiates : ne déjaunit que fort lentement : conserve le 9. 7.

(1 mois) une bilirubine à 70 mg.

4) Suites ultérieures :

Fin Janvier 60 : a repris une existence normale ; n'a plus de troubles d'origine biliaire..

Y en ventouse (52).

Résultat classé : bon résultat.

COMMENTAIRE

Succès du montage en Y en ventouse sur lésion certaine de la convergence.

La certitude de la topographie lésionnelle est ici obtenue par 3 documents qui se recoupent.

ICONOGRAPHIE

Fistulographie.

Cholangiographie per-opératoire,

Cholangiographie de contrôle.

Intérêt de la cholangiographie de contrôle qui visualise l'anastomose en ventouse.

1) Le 25. 7. 52 : Cholécystectomie pour lithiasse douloureuse.

Apparition immédiate d'ictère et d'angiocholite.

28. 7. 52 : réintervention.

2 litres de bile par le drain puis angiocholite grave.

1. 8. 52 (7è jour) : nouvelle réintervention. Nouveau drainage externe.

Fistule biliaire externe donnant 750cc.

L'ictère et les crises d'angiocholite disparaissent.

2) Bichat. 9. 52 (5è mois).

Présence d'une fistule à gros débit, sans rétention, ni fièvre.

Fistulographie : nette séparation des branches droite et gauche qui se jettent séparément dans le trajet fistuleux.

Bilan hépatique pratiquement normal.

24. 11. 52 : Y en ventouse.

Médiane. Adhérences habituelles. La fistule mène sur le hile où l'on trouve un petit orifice intra-hilaire.

Cholangiographie à l'aide d'un cathéter de polythène fin, introduit dans cet orifice.

Cholangiogramme électif du canal gauche. "Impossible d'objectiver le canal droit. La lésion paraît donc au-dessus de la convergence."

On ne trouve à droite que du tissu fibreux.

Ponction intra-hilaire négative.

On se résout alors à faire une anastomose après incision supérieure de débridement et dilatation progressive du cratère commun.

Cette anastomose est montée sur un drain dont la branche horizontale sort à la Witzel du grêle.

Biopsie : prélevée au niveau de la zone sur laquelle porte l'anastomose.

3) Suites immédiates : simples.

Drain laissé 2 mois 1/2.

Hospitalisation 2 mois 1/2.

Cholangiographie de contrôle : imprégnation des branches droite et gauche. La branche droite prolonge directement la dérivation du canal où porte l'anastomose.

La branche gauche ne communique avec lui que par un petit pertuis d'aspect fistuleux.

- 4) Suites éloignées : 1. 55 (2 ans), elle garde quelques douleurs mais n'a plus présenté ni fièvre, ni subictère depuis son intervention.
12. 59 (7 ans) : absence de toute rétention et de toute angiocholite depuis 7 ans. Il persiste quelques crises douloureuses paroxystiques de siège épigastrique. Pèse 47 kg pour 1 m 60.

Y latéral élargi (59).

Résultat classé : bon résultat récent.

COMMENTAIRE

L'état du foie à la biopsie de Novembre fait regretter de n'avoir pas effectué dès Mars l'intervention de Novembre. Cette observation a été incluse dans la statistique qui s'arrête en Juin, parce que cette malade était suivie et qu'elle avait été opérée dans le service en Mars, qu'il s'agissait donc d'une prolongation volontaire, décidée avant Juin 59, du délai de réintervention. Lithiase intra-hépatique importante, certainement constituée entre la blessure initiale et la réparation (22 mois).

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per opératoire.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade III après 1 mois d'évolution, comportant une rétention notable et des accès répétés d'angiocholite. Biopsie hépatique en plein accès d'angiocholite grave.

- 1) Le 30. 1. 58 : Cholécystectomie rétrograde chez une grande obèse, mais sans difficultés biliaires proprement dites.
- Section reconnue de l'hépatique, juste au-dessus de la convergence avec le cystique.
- Hépatico-duodénostomie + gastrectomie pour occlusion du duodénum.
- Crises d'angiocholite dès le 11^e mois puis accès de rétention prurigène. Par ailleurs dumping-syndrome avec amaigrissement de 15 kg.

Bichat. 13. 3. 59 : opération de Henley (15 mois) pour rétablir le transit à travers le duodénum.

Au cours de cette intervention on voit par la lumière duodénale l'anastomose qui ressemble un peu à une papille et paraît étroit. On renonce cependant à y toucher.

Angiocholite et subictère permanent quelques mois plus tard.

- 2) Bichat. 11. 59 : (22 mois).

Rétention complète, aggravée d'angiocholite permanente, avec hémoculture positive au colibacille lors d'une hospitalisation préalable à St Antoine, dans le service du Docteur CAROLI.

10. 11. 59 : Y latéral élargi, après abaissement de la branche gauche.

Abord facile de la région sous-hépatique.

Il existe au niveau du premier duodénum un véritable diverticule supérieur attiré vers le hile, et se prolongeant par le moignon biliaire extrêmement dilaté.

Dissection haute, facilitée par le passage d'un lac derrière ce

véritable pédicule bilio-digestif.

Abord de la branche gauche par voie sus-hilaire, après incision de la capsule au bord postérieur du lobe carré.

Cholangiographie par ponction au niveau de la bifurcation.

Cholangiogramme complet, passage pratiquement nul à travers l'anastomose. Nette dilatation. Image calculeuse évidente dans la branche gauche et sous la zone de convergence.

Section du canal biliaire 1 cm 5 au-dessus de l'anastomose, qui se révèle totalement oblitérée.

Ablation de 2 très gros calculs (presque une cerise).

Incision longitudinale de la branche gauche pour élargir la brèche obtenue.

Hépatico-jéjunostomie en Y montée latéro-terminale, en raison de la taille suffisante de la brèche biliaire obtenue, qui répond à la circonférence du grêle, sans poser aucun problème de congruence.

Biopsie hépatique. Stade III au début.

Sclérose portale très inflammatoire avec ramifications en étoile et quelques bandes annulaires. Nombreux néo-canalicules de différenciation. Nécrose parenchymateuse péri-portale avec de véritables foyers de suppuration. Peu de dépôts pigmentaires Canaux terminaux non dilatés et intacts.

3) Suites opératoires : très favorables.

Chute thermique immédiate.

Déjaunissement rapide.

Le 3^e jour : bilirubine à 35 mg, le 8^e jour à 15 mg.

Sort au 15^e jour, légèrement subictérique.

Va bien en fin Janvier 60.

Y latéral élargi (59)

Résultat classé : bon résultat récent.

COMMENTAIRE Intérêt : l'un des 3 hommes parmi ces 38 cas.

ICONOGRAPHIE Cholangiogramme per opératoire.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade III au début, après 10 mois d'évolution, dont 1 mois de fistule biliaire externe, 6 mois d'ictère intense prurigène et épisode infectieux initial grave.

1) Le 13. 5. 58 : Cholécystectomie pour lithiase douloureuse et fébrile.

Au 12^e jour, fièvre et ictère passager suivi d'un épanchement pleural.

22. 8. (3 mois) : Reconstruction sur drain de Kehr, laissé 15 jours.

Fistule biliaire externe spontanément tarie en un mois, après l'ablation du drain.

2) Bichat, 3. 59 (10 mois).

Ictère intense évoluant depuis Novembre (4 mois) avec prurit.

10. 3. 59 : Y latéral élargi après abord de la branche gauche.

Reprise de la médiane élargie en Rio Banco. Adhérences sous hépatiques serrées. Le duodénum est ouvert et suturé au cours de la libération.

"Sur le foie on découvre un petit orifice qui donne de la bile, à droite de la bifurcation et qui présente sûrement une petite fistule bilio-duodénale".

Cholangiographie par cet orifice.

Cholangiogramme complet : aucune image de moignon hépatique sous-jacent à la zone de convergence. Dilatation moyenne, aucun passage vers le bas.

"En incisant vers la gauche sur une pince introsuite par l'orifice, on incise la paroi inférieure du confluent et la branche gauche sur 2 cm environ. Pas de calcul à l'exploration des canaux droit et gauche à la pince".

"Paroi biliaire saine, permettant d'établir une anastomose hépatico-jéjunale latéro-latérale, carrefour branche gauche, à points séparés de soie vasculaire, sans drain.

Biopsie hépatique : Stade III au début.

Sclérose portale encore très inflammatoire, étoilée, avec plusieurs bandes mutilantes annulaires.

Pas de lésions cellulaires.

Peu d'accumulation pigmentaire.

Cernes scléreux épais péri-canaliculaires.

3) Suites opératoires : simples.

Sort au 15^e jour, pratiquement déjàuni.

12. 59 : n'a plus présenté aucun symptôme biliaire et a repris son activité professionnelle normalement.

Reconstruction (51).

Résultat classé : bon résultat acquis secondairement.

COMMENTAIRE

Le résultat définitif est-il le fait de l'anastomose pratiquée ou le fruit d'une fistule biliaire interne constituée en 52 ?

ICONOGRAPHIE

Fistulographie pré-opératoire.

Cholangiographie de contrôle à un mois

et après ablation du drain.

1) Le 7. 6. 51 : Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.

Fistule biliaire externe immédiate.

2) Bichat. 7. 51 (délai un mois).

Fistule biliaire à gros débit ; pas de rétention.

Fistulographie : elle montre l'absence de dilatation des voies hautes, l'existence d'un assez long moignon sous la bifurcation, l'image d'un bas cholédoque. Voies hautes et voies basses communiquent chacune par un fin défilé avec la fistule proprement dite.

C'est donc l'image d'une perte de substance, portant sur le canal hépatique commun.

11. 7. 51 : Reconstruction par anastomose bout à bout sur drain transpapillaire.

Reprise de l'ancienne cicatrice.

La fistule mène au pédicule. Il n'y a que peu d'adhérences. On ne retrouve pas de voies biliaires au niveau du pédicule.

Duodénotomie pour aborder la papille après décollement duodéno-pancréatique. Cathétérisme rétrograde de la voie biliaire. Recherche du cul de sac supérieur, trouvé haut dans le hile. Il a le calibre d'un hépatique normal. "Etant donné ce calibre et que l'on a le bout inférieur de la voie biliaire on se décide pour une reconstruction".

Reprise de la dissection du bas cholédoque rétro-pancréatique. Anastomose bout à bout sur drain transpapillaire. La branche horizontale du drain sort par la face antérieure de l'anastomose. La suture est faite à la soie vasculaire.

Le drain sera laissé six mois.

- 3) Suites immédiates : préoccupantes. Il existe un écoulement biliaire autour du drain et par le trajet de l'ancienne fistule. Ceci durant un mois et demi.

Cholangiographies de contrôle :

- 1) à un mois, par le drain. Bonne injection de toute la voie biliaire, petit passage duodénal. On imprègne aussi un trajet fistuleux qui accompagne le trajet du drain.
- 2) Immédiatement après ablation du drain. Le cholangiogramme est fait par une sonde introduite dans le trajet du drain. Il montre une voie biliaire principale coudée et une zone très irrégulière sur 1 cm, au niveau présumé de l'anastomose.

4) Suites ultérieures :

En 1952 : épisode ictérique et fébrile avec une douleur violente à l'hypocondre droit. Cet accès met fin à de petits épisodes de rétention qui s'étaient succédés jusque-là.

Revue en 1959 la malade se considère guérie, ne suit aucun régime, n'a plus aucun symptôme biliaire.

Y bord à bord (sur canal droit) (59).

Résultat classé : insatisfaisant récent.

COMMENTAIRE

La lecture à postériori du cholangiogramme montre qu'en fait on ne voit pas la branche gauche.

La description par le CRO du segment sur lequel a porté l'anastomose ("presque intra-parenchymateux") et l'impossibilité de pénétrer dans la branche gauche, laissent penser qu'il s'agissait en fait du bout terminal de la branche droite et que c'est sur lui que porte l'anastomose.

Cette observation est classée dans la catégorie des lésions vraisemblables de la zone de convergence.

L'un des quelques cas où l'on a trouvé de la bile blanche.

ICONOGRAPHIE

Cholangiogramme trans-hépatique droit.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade I, après 5 mois d'ictère très intense, prurigène, dépourvu de signes infectieux.

Remarquable absence d'accumulation pigmentaire en regard de l'ictère clinique. Bile blanche.

1) Le 21. 10. 58 : Cholécystectomie pour lithiasse vésiculaire douloureuse.
Crise douloureuse violente au 20^e jour.
Le 20. 12. 58 (2 mois) ictère progressif, sans douleur, ni
fièvre, mais avec prurit très intense et selles décolorées.

2) Bichat. 3. 59 : (Délai 5 mois).

Ictère verdâtre avec prurit.

Bilirubine à 100 mg.

Epreuves hépatiques : Gros 1, 4

Thymol 10

Kunkel 12

Red C.T. négatif

protides à 65 g

prothrombine 55 %

26. 3. 59 : Y bord à bord.

Mallet-Guy sur ancienne médiane. Adhérences sous-hépatiques
habituelles.

Accès au hile assez facile. La ponction y ramène une bile
totalement blanche.

Cholangiographie trans-hépatique droite, après échec de
plusieurs tentatives gauches.

"Sur la radiographie les branches intra-hépatiques sont rela-
tivement peu dilatées, néanmoins on ne voit guère la possibilité
de faire une anastomose intra-hépatique".

"Le cul de sac du canal hépatique hilaire est très court,
presque intra-parenchymateux".

"On le découvre en sectionnant la voie biliaire dans la région
sténosée de droite à gauche. On trouve alors un bas cholédoque

large, perméable, mais au-dessus le canal est fait de tissu fibreux".

"On ne peut pénétrer facilement dans la branche gauche et on se demande si on ne fait pas une fausse-route intra-hépatique car il y a une hémorragie importante à ce moment".

"Néanmoins on se décide à établir une anastomose imparfaite sur un tube droit, rigide, avec une anse jéjunale montée en Y à travers le mésocolon.

Biopsie hépatique : Stade I.

Importantes lésions inflammatoires avec nécrose cellulaire importante. Absence d'accumulation pigmentaire notable (ictère intense, mais bile blanche).

C'est l'aspect d'une hépatite infectieuse nécrosante à polynucléaires. Canaux biliaires à revêtement muqueux souvent desquamé.

3) Suites opératoires : médiocres.

Malade hospitalisée 4 mois.

Elle déjaunit très lentement.

Le drain ne donne que fort peu durant les premiers mois. La bilirubine est à 60 mg au 15^e jour.

D'autre part une hématurie est survenue le 4^e jour.

Sort le 4. 7. 59 avec une bilirubine à 4 mg.

En 12. 59 : elle souffre de douleurs épigastriques par crises. Elle a présenté plusieurs poussées fébriles à 39° en Juillet et Août, accompagnées de douleurs, mais sans ictère.

Y Bord à bord imparfait (54).

Résultat classé : bon résultat.

COMMENTAIRE

L'une des 3 seules interventions menées sans analyse radiologique.

Bon résultat malgré l'altération histologique certaine du foie.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade II après 23 mois d'évolution : 7 mois de rétention compliquée de poussées fébriles.

Biopsie prélevée entre 2 grandes poussées d'angiocholite.

1) Le 11. 3. 53 : Cholécystectomie pour lithias vésiculaire. Vésicule exclue refroidie après poussée inflammatoire récente.

A la 48è heure, ictère avec fièvre à 40°, qui régresse en 6 semaines.

Pas de fistule biliaire externe, bien que le lit vésiculaire ait été méché.

9. 54 (16 mois) : réapparition d'ictère avec poussée fébrile à 38° - 39°.

2) Bichat, 11. 54 (Délai 23 mois).

Rétention complète avec prurit depuis 2 mois.

Bilirubine 50 mg.

Oscillations thermiques à 39°. Hémoculture négative.

Antibiotiques pré-opératoires.

Epreuves hépatiques : Hanger 0

Gros 2, 2

Thymol 8

18. 11. 54 : Y bord à bord imparfait mais large.

Reprise de l'ancienne médiane agrandie vers le bas. Peu d'adhérences sous-hépatiques. Foie volumineux dont le lobe droit paraît plus altéré que le gauche.

Echec de ponction trans-hépatique droite et gauche.

Abord du pédicule hépatique. Adhérences serrées du duodénum au hile, qui fait penser à "une interruption complète qui a dû être compensée pendant quelque temps par une fistule hépato-duodénale secondairement oblitérée".

On trouve un fil de lin "qui représente sans doute une ligature partielle ou totale de la voie principale. Ablation

de ce fil. La bile s'écoule alors à flot. Elle est absolument blanche".

"Après résection du tissu fibreux il demeure un orifice de dimension d'un petit doigt au ras du hile".

"Suture imparfaite entre ce reste de paroi de canal et le jéjunum".

Drain sortant du grêle à la Volker.

Biopsie hépatique (service du Dr. CAROLI)

Ebauche d'une cirrhose insulaire par angiocholite sur stase biliaire.

Ceci correspond à notre stade II.

3) Suites opératoires : simples.

4) Résultat à distance :

En Janvier 60 : elle n'a jamais plus présenté aucune rétention, même passagère.

A repris son activité.

Signale quelques douleurs passagères.

Reconstruction. (53).

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE

La cholangiographie de contrôle pouvait cependant inquiéter pour l'avenir.

Unique observation où l'on a décidé de faire une reconstruction alors que l'on avait déjà trouvé une voie haute très dilatée.

Anastomose régulière.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per-opératoire.

Cholangiographie de contrôle obtenue immédiatement après l'ablation du drain, par un cathéter glissé dans le trajet.

DEBUY..... Marguerite, 41 ans.

1) Le 21. 11. 51 : Cholécystectomie d'une vésicule scléro-atrophique douloureuse depuis deux ans.

Fistule biliaire externe tarie en 22 jours et laissant place à une rétention totale, sans douleur ni fièvre.

12. 1. 52 : réintervention dans un délai d'un mois et demi.

Anastomose cholédococystique irrégulière sur drain de Kehr.

Dès le 2è mois réapparition des douleurs, puis en Septembre de poussée répétées d'angiocholite.

2) Bichat. 4. 53 (délai de 14 mois).

Hospitalisée au décours d'une crise d'angiocholite, mais ni température, ni ictère.

Bilan hépatique légèrement altéré.

Le transit baryté montre un petit reflux de l'anastomose qui est très étroite.

7. 4. 53 : Reconstruction par anastomose bout à bout régulière sur drain transpapillaire.

Incision type Rio Banco. Adhérences sous-hépatiques habituelles.

On trouve d'emblée le moignon supérieur.

Il a le calibre d'un index, la bile qui en sort contient de nombreux calculins.

Cholangiographie affirmant la communication des branches droite et gauche et l'existence d'une importante dilatation.

Elle montre aussi que "la sténose est très proche de la bifurcation" et qu'il n'existe aucun passage vers le bas.

On décide de rechercher le bas cholédoque pour effectuer une reconstruction. Décollement duodéno-pancréatique, segment inférieur du cholédoque retrouvé, oblitéré, juste derrière le duodénum. Abord de la papille par duodénotomie à minima,

après cathétérisme de ce segment.

Suture hépatico-cholédocienne bord à bord, à points séparés de lin.

Cette anastomose est montée sur un drain transpapillaire, dont la branche horizontale sort par contre-incision cholédocienne.

Biopsie : faite au niveau du pôle supérieur sténosé du bas cholédoque.

Drain laissé 5 mois.

3) Suites immédiates : simples.

Cholangiographie de contrôle après ablation du drain : 9. 53 :

inprégnation des voies hautes et basses sur un centimètre.

Image irrégulière au niveau de la zone de suture. Petit passage duodénal.

4) Suites tardives :

12. 59 : la patiente pèse 68 kg pour 1 m 65 et déclare n'avoir plus jamais ressenti aucun trouble biliaire.

Dogliotti préférentiel (54).

Résultat classé : bon résultat, acquis secondairement.

COMMENTAIRE

La décision de recourir à une dérivation intra-hépatique périphérique est prise avant toute dissection du hile et sur des arguments purement radiologiques.

Il existait ici une anse déjà montée, qui aurait pu faciliter la recherche d'un moignon hilair.

Dogliotti réalisé sur un foie dont on tenait la preuve histologique qu'il était parvenu au stade de cirrhose confirmée.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie de contrôle permettant de voir la place et la taille de l'anastomose réalisée. Elle confirme l'existence d'un moignon très net sous jacent à la bifurcation.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade II, après 25 mois d'évolution ; plus de 20 mois de rétention avec crises d'angiocholite.

- 1) 7. 52 : Cholécystectomie pour lithiase douloureuse et fébrile.
Cholédoque radiologiquement filiforme.
Reconstruction bout à bout immédiate.

10. 52 : anastomose hépatico-jéjunale, nécessitée par la sténose de la première anastomose.
Ictère et angiocholite rapidement apparus.

- 2) Bichat. 11. 54 :

Rétention avec prurit et cholestérol total à 6 g 4l,
cholémie à 144 mg. Foie débordant de 8 cm du rebord costal.
Bilan hépatique altéré quant aux épreuves de floculation :
Thymol 45 U.V.
Red. C.T. 9, 3
Gros 1, 2

Ponction-biopsie (Pr. FAUVERT)

Cirrhose portale dense avec formation de pseudo-canalicules biliaires ; fibrose péri-portale et intertrabéculaire qui étouffe les travées.

C'est la topographie portale de la sclérose qui est frappante ici. Cette sclérose s'accompagne d'infiltrats inflammatoires traduisant des phénomènes d'angiocholite. Les cellules de Kùpffer sont en légère hyperplasie. Il existe de nombreux microthrombi biliaires inter-cellulaires".

L'ensemble de ces faits fait conclure à l'existence "d'une cirrhose biliaire avec angiocholite ascendante".

Ceci rentre dans le cadre de notre stade II.

2. 11. 54 : Dogliotti.

Para-médiane droite. Adhérences sous hépatiques très nombreuses.
On retrouve l'ancienne anse montée.

"On hésite entre la reperméabilité de l'ancienne hépato-jéjunostomie et entre une anastomose intra-hépatique par ablation segmentaire du lobe gauche".

Ponction du lobe gauche du foie ramenant de la bile colorée à la deuxième tentative.

Cholangiographie trans-hépatique : nette dilatation. Petit passage à travers l'ancienne anastomose devenue filiforme.

Existence d'un court moignon biliaire sous la bifurcation.

"En raison du bon calibre des canaux gauches on se décide pour une intervention de Dogliotti".

Le foie est pourtant granité et la rate trouvée "franchement augmentée de volume" mais il n'existe pas d'ascite".

"A 10 cm du bord inférieur du foie gauche on rencontre un pédicule vésiculaire biliaire plus superficiel que celui qui a été ponctionné".

Anastomose sur deux canaux adossés par un point de suture médian, dont le calibre est celui d'un "petit crayon mine".

Anastomose muco-muqueuse montée sur un drain qui ressort de l'anastomose en Witzel.

Drain laissé 20 jours.

3) Suites immédiates : très mouvementées les six premiers mois.

6. 55 : on incise un abcès bilio-septique aboutissant d'une fistule externe accompagnée de fièvre et d'ictère durant trois mois. Dès lors la malade va bien.

4) Suites éloignées : 12. 59 : la malade se dit guérie, pèse 63 kg, déclare n'avoir plus jamais ressenti ictère, ni douleur, ni fièvre.
(Elle a, en 57, été opérée pour prolapsus génital).

Y latéral élargi (58).

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE

On a la certitude que la voie biliaire supérieure était liée à la fin de l'intervention initiale.

Il n'existait avant cette intervention aucune dilatation des voies biliaires.

Un mois et demi plus tard une distention exceptionnellement marquée est déjà installée.

3 mois après l'intervention initiale cette malade reprenait son activité : c'est là le plus court délai d'invalidité de cette série.

Peut-on tirer de ce cas un enseignement sur la conduite à tenir lors d'une plaie reconnue et lésant une voie biliaire principale de petit calibre ?

ICONOGRAPHIE

Cholangiogramme per opératoire.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade I, après un mois et demi de rétention complète, ayant comporté une poussée fébrile unique et brève.

- 1) Le 27. 2. 58 : Cholécystectomie pour lithiase douloureuse depuis 4 ans.
Résection de l'hépatique avec ligature haute et basse.
Description précise émanant d'un excellent chirurgien, qui ne parvient à l'interprétation que l'intervention terminée, lors de l'étude de la pièce opératoire.
Ictère immédiat avec rétention totale et une poussée thermique unique à 40°.

- 2) Bichat. 4. 58 : (1 mois 1/2).
Rétention totale, sans prurit.
Bilirubine à 80 ng.
Cholestérol à 6, 40.
Bilan hépatique strictement normal hormis une prothrombine à 30 %, mais qui remonte rapidement à 60 à l'épreuve de charge.

11. 4. 58 : Y latéral élargi après abord électif de la branche gauche.

Médiane itérative. Très gros foie dont l'hypertrophie est également partagée entre les 2 lobes.

Cholangiogramme trans-hépatique gauche.

Cholangiogramme complet montrant la plus considérable dilatation de tous les cholangiogrammes de cette série.

On trouve un premier fil de lin, qui est peut-être celui placé sur l'artère cystique, maintenant thrombosée, car sa section ne donne pas issue à la bile.

"En remontant plus haut, dans une sorte d'abcès (il y a comme une nécrose du parenchyme hépatique), on découvre un 2^e fil de lin, qui cette fois-ci mène sur le cul de sac biliaire.

Abord au bord postérieur du lobe carré de la branche gauche.

Introduction d'une pince dans cette branche et sur cette pince incision de 2 cm.

Y latéral élargi (58).

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE

Dérivation centrale intra-hilaire par Y avec une large anastomose.

Bien que cette anastomose n'ait pas utilisé la branche gauche elle-même, il s'agit d'une anastomose latérale.

En ce qui concerne la voie biliaire : cette observation est classée parmi les "Y latéral élargi".

Elle peut être rapprochée des cas où l'on a choisi la reconstruction parcequ'il persistait une continuité de la voie biliaire.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per-opératoire.

1) Le 9. 12. 57 : Cholécystectomie pour pyocholécyste refroidi un mois.

Résection de l'hépatique sur 2 cm, reconnue.

Reconstruction immédiate par bout à bout hépatico-cystique sur drain de Kehr, laissé un mois et demi.

6 mois favorables.

A partir de Juillet (7è mois) ictère prurigène avec poussées fébriles, mais sans douleurs.

2) Bichat, 8. 58 (délai 10 mois).

Rétention complète avec prurit, évoluant depuis 4 mois.

Gros foie, bilirubine à 15 mg (!) bien que la malade soit en ictère intense et avec des selles décolorées.

30. 9. 58 : Y latéral élargi après abaissement de la branche gauche.

Médiane à côté d'une ancienne trans-rectale.

Découverte assez facile de la voie biliaire (on voit bien le cholédoque puis l'hépatique) et à leur jonction, après libération, près du hile, en passant entre le parenchyme et la capsule du foie pour abaisser le pédicule, on voit nettement une zone fibreuse de sténose.

Cholangiographie, après ponction du cul de sac au ras de la zone fibreuse ; cholangiogramme complet avec dilatation nette mais modérée pour un cas de rétention complète.

"Ouverture transversale de la face inférieure de l'hépatique en amont de la sténose : issue de bile et de nombreux calculins.

"Après hésitation, on décide de ne pas sectionner totalement la voie biliaire par crainte de voir ce moignon se rétracter encore plus dans la profondeur et d'avoir une exécution

d'anastomose plus difficile".

"On va donc établir une anastomose latéro-terminale hépatico-jéjunale avec une anse montée en Y trans-mésocolique".

Anastomose sans drain.

3) Suites opératoires : simples.

Sort au 14^e jour post-opératoire avec une bilirubine à 4 mg.

4) Suites ultérieures :

Revue en 12. 59 : se considère comme guérie, travaille normalement et déclare n'avoir ressenti aucun trouble depuis son intervention.

Reconstruction (57).

Y latéral élargi (59).

Résultat classé : Echec pour la reconstruction.

Bon résultat récent pour la dérivation centrale.

INTERET

- 1) La comparaison des deux cholangiographies montre que l'on aurait pu dès 57 faire l'intervention de 59.
Elle illustre qu'il est possible d'aborder la branche gauche même lorsque son ombre radiologique est verticale.
Elle illustre aussi qu'il est possible d'utiliser une branche gauche même en cas de dédoublement anatomique de cette branche.
- 2) Intérêt tout particulier de la comparaison des trois biopsies en 57, Juin et Décembre 59.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie du 1. 10. 57.

Cholangiographie du 9. 6. 59.

1) Le 5. 12. 56 : Cholécystectomie pour lithiase douloureuse depuis l'enfance.

Plaie reconnue. Un schéma sur le compte-rendu montre qu'il s'agit d'une résection de 2 cm. à partir du cystique.

Suture bout à bout immédiate d'un cholédoque fin à points séparés de soie et de catgut.

Bonnes suites pendant les trois mois que l'on laisse le drain, première crise d'angiocholite après son ablation.

Puis crise douloureuse inflammatoire et trois grandes poussées d'angiocholite grave en 3., 7. et 9. 57.

2) Bichat, 10. 57 (délai 10 mois).

Sub-ictère, apyrexie.

1. 10. 57 : Reconstruction par suture bout à bout irrégulière sur drain de Kehr.

Paramédiane. Adhérences duodénales particulièrement serrées.

Voie haute trouvée dans le hile.

Cholangiogramme interprété comme celui d'une dilatation peu marquée et qui déroute à cause du nombre de branches qui convergent près de la sténose.

On conclut que la branche gauche sera inabordable, et "on se résoud à faire une reconstruction in situ sur drain de Kehr". L'impossibilité de cathétériser vers le bas fait aborder la papille par duodénotomie.

Après cathétérisme rétrograde du cholédoque on constate que "le fond de la région est constitué par un tissu granuleux qui réunit en quelque sorte les deux canaux".

"On refait le cholédoque avec les tissus de la paroi un peu fibreux au catgut".

Drain laissé 5 mois.

Biopsie : Stade I typique.

Hépatite interstitielle à polynucléaires avec quelques petites zones de nécrose cellulaire.

Congestion vasculaire diffuse.

Rétention pigmentaire discrète, sous forme de petits thrombi.

3) Suites immédiates :

Une cholangiographie de contrôle montre qu'il existe un passage duodénal net avec une pression de 6 cm.

Le drain se bouche et force à des lavages.

Un mois après son ablation, ictère fébrile passager.

14 mois après l'intervention, récurrence de l'ictère et crise d'angiocholite. On fera en Juin 59 un Y régulier sur la branche gauche (20è mois).

Bichat. 6. 59 : Deuxième réparation secondaire (20 mois).

Ictère prurigène, bilirubine à 70 mg.

Bilan hépatique : Thymol 6

Hanger 0

Gros 2

Kunkel 2

9. 6. 59 : Y avec anastomose large de 2 cm. en tissu sain après abaissement de la branche gauche.

Reprise de l'ancienne paramédiane. Adhérences sous hépatiques peu marquées.

Foie "déjà scléreux" et rate un peu "augmentée de volume".

Abord direct de la branche gauche par voie sus-hilaire dès que l'on atteint le hile. On découvre plus bas des fils qui indiquent la place de l'ancienne suture.

Cholangiogramme : aspect pratiquement identique au cholangiogramme d'Octobre 57 (les 2 calques sont superposables, y compris l'ombre du rachis).

Anastomose de 2 cm. en "paroi saine" sans drain tuteur avec une anse montée en Y transmésocolique.

Biopsie : Stade II.

Espace porte élargi par une sclérose inflammatoire fibrillaire en étoile. Pas d'atteinte parenchymateuse notable. Très peu d'accumulation pigmentaire. Canaux terminaux étroits et étouffés dans des anneaux de sclérose dystrophique.

Suites immédiates : simples.

Revue en l. 60 ; a eu trois fois des selles décolorées, mais sans ictère, ni prurit, ni coloration des urines.

Ponction-Biopsie : 8. 1. 60 : Dr. ETEVE :

Pas de sclérose cirrhotique. Le parenchyme hépatique est à peu près conservé. Cellules de structure normale.

Disposition trabéculaire normale.

Aucune infiltration inflammatoire. Pas d'hyperplasie du système Kùpférien. Pas d'ictère tissulaire appréciable.

Ceci correspond à notre stade 0.

Y bord à bord (sur canal droit ?) (55).

Y latéral élargi (57)...

Résultat classé : insatisfaisant.

COMMENTAIRE

Il s'agit très probablement d'une lésion intéressant la zone de convergence car la cholangiographie per opératoire de la première intervention ne montre certainement que l'image du canal droit.

La description de la zone sur laquelle porte l'anastomose de cette première intervention évoque tout à fait l'idée qu'il s'agissait en fait du bout terminal d'une branche droite.

Il n'existe malheureusement pas de cholangiographie per opératoire pour illustrer les données de la réintervention de Mai 57. Les données purement instrumentales du second compte-rendu ne sont pas absolument probantes. Nous les critiquons dans le texte.

Cette observation a été jointe aux cas de lésion intéressant très probablement la zone de convergence. (l'un des 2 cas "obscur").

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per opératoire de la première Réparation.

- 1) Le 5. 5. 55 : Cholécystectomie avec drainage du cholédoque, durant 21 jours.
2 mois de suites favorables.

Puis douleurs, fièvre et ictère.

26. 10. (5 mois) exploratrice.

- 2) Bichat. 12. 55 : (Délai 7 mois).

Ictère prurigène.

Bilan hépatique para-normal.

9. 12. 55 : Y avec anastomose bord à bord vraisemblablement sur le canal droit.

Trans-rectale droite itérative.

Foie augmenté de volume. Duodénum et foie formant une véritable symphyse. Absence de voie biliaire dans le pédicule. Plus profondément, vers le hile, on découvre un fil de lin. La ponction au-dessus de ce fil ramène une bile légèrement jaune.

Cholangiographie : "voie biliaire intra-hépatique assez dilatée. Très petit cul de sac au hile sous la bifurcation des branches droite et gauche, mais aucun passage vers le bas".

"Malgré des conditions peu favorables, champ profond, paroi du cul de sac épaisse, fibreuse, on décide de faire une anastomose jéjuno-hépatique".

Anastomose bord à bord sur drain.

"Dans l'ensemble l'anastomose est peu satisfaisante et risque de se sténoser dans l'avenir en raison de la mauvaise qualité des tissus avec lesquels elle a été réalisée".

Drain laissé 10 mois.

3) Suites opératoires : médiocres.

2 mois d'hospitalisation.

En Mars le drain se bouche, ce qui donne lieu à une poussée d'angiocholite.

En Octobre (10 mois) nouvelle poussée d'angiocholite après ablation du drain.

Dès lors les poussées se répètent et forcent à réintervenir en Mai 57.

Bichat. 5. 57 : seconde hospitalisation. (17 mois après la première réparation).

Légère rétention.

Thymol 2

Gros 1, 9

Céphaline 0

9. 5. 57 : Y avec anastomose élargie sur la branche gauche (?).

"On retrouve l'anse jéjunale anastomosée. Raccord jéjunal parfaitement souple ; aucun obstacle au transit sur cette anse. En suivant l'anse on arrive à la désinsérer du canal hépatique auquel elle est anastomosée. On retrouve un orifice à paroi dure".

"Par cet orifice on cathétérise la branche gauche et droite à la recherche de lithiase : il sort un flot de bile mais aucune concrétion".

"On dissèque la branche gauche en s'aidant d'une pince introduite à l'intérieur. Cette branche est assez horizontale et lorsque sa paroi est nettoyée on l'incise sur 2 ou 3 cm en tissu sain et souple, en partant de l'orifice du canal hépatique".

"On obtient une brèche "carrefour branche gauche" un peu en J

renversé, sur laquelle on établit l'anastomose".
 "Pas de drain".

Suites opératoires : simples.

Hospitalisée un mois.

Sort avec une bilirubine à 6 mg.

Absence de sels et de pigments dans les urines.

Suites éloignées : 12. 59 : il n'y a jamais eu d'ictère ni de selles décolorées, depuis cette seconde intervention, mais il persiste des accès de prurit passagers et quelques clochers thermiques (il est vrai que cette malade est affectée d'une Fièvre de Malte (biologiquement prouvée)).

Une cholangiographie, par voie intra-veineuse, dont nous ne possédons qu'un rapport imprécis aurait montré l'image d'une lithiase dans les voies hautes.

Dogliotti préférentiel (54).

Résultat classé : insatisfaisant.

L'âge du malade (75 ans) explique l'abstention en face d'une situation qui n'est pas insupportable.

COMMENTAIRE

Le choix d'une dérivation périphérique intra-hépatique sans avoir disséqué le hile sur des arguments purement radiologiques.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per-opératoire.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade I, après 7 mois de rétention complète prurigène, pure de toute crise d'angiocholite.

1) Le 18. 7. 53 : Cholécystectomie pour lithiase douloureuse et ictérigène.
Plaie reconnue. Réparation immédiate par suture bout à bout sur drain de Kehr, laissé un mois.
Ictère progressivement croissant, apparu dès le troisième mois, accompagné d'un prurit intense mais sans douleur ni fièvre.

2) Bichat. 6. 54 : (Délai 11 mois).
Rétention totale, Bilirubine à 137 mg, prurit intense.
Bilan hépatique paranormal.

Le 11. 6. 54 : Dogliotti.

Médiane sur l'ancienne cicatrice, qui présente une éventration. Ponction du lobe gauche qui ramène de la bile blanche.
Cholangiographie trans-hépatique : grosse dilatation.
Cholangiogramme complet : absence de moignon sous-jacent à la bifurcation.
"Dans ces conditions on fait une opération de Dogliotti".
Section du lobe gauche. Anastomose bord à bord à points séparés de nylon montée sur un drain de Carré, qui sortira en Witzel de l'estomac.

Biopsie hépatique : Stade I.

Rétention pigmentaire importante, systématisée aux régions centro-lobulaires, à la fois intra et extra-cellulaire.
Assez nombreux thrombi pigmentaires, quelques signes de nécrose cellulaire rétentionnelle.
Très discrets infiltrats inflammatoires péri-portaux.
Couronnes d'inflammation péri-canaliculaire autour des gros canaux biliaires.

3) Suites immédiates : l'ictère ne s'atténue que très lentement. Il persiste du prurit à la sortie (un mois).

4) Suites tardives : Il n'y a aucune longue période libre de tout ictère ou de tout symptôme biliaire.

6. 56 (2 ans) : bilan hépatique : bilirubine à 31 mg

Thymol 14

Céphaline ++

Kunkel 29

Gros 2, 1

B.S.P. 79 % à 46'

12. 59 : subictère par poussées (malade âgé de 75 ans).

Y latéral élargi (58).

Résultat classé : Nous avons compté ce résultat parmi les échecs.

Le décès déplorable de cette jeune femme a en effet suivi de près une réintervention pour occlusion qui met en cause l'intervention chirurgicale de Bichat.

Il faut remarquer cependant qu'il s'agit plutôt d'un échec chirurgical que d'un échec sur le plan de la réparation biliaire proprement dite.

COMMENTAIRE

Cette observation illustre l'avantage qu'il y a, quant au calibre de l'anastomose, à pratiquer, même sur un long moignon hépatique, une anastomose latérale plutôt que terminale.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per-opératoire.

- 1) Le 21. 3. 58 : Cholécystectomie pour lithiasé vésiculaire douloureuse plus sphinctérectomie et drain trans-papillaire, "car cholédoque filiforme".

Fistule biliaire externe immédiate, tarie spontanément en 10 jours.

10. 4. 58 : réintervention au 20è jour :

Fistulo-gastrostomie.

Réapparition de douleurs au 3è mois, bientôt suivies de crises d'angiocholite, répétées, sans rétention complète.

- 2) Bichat. 5. 59 (15 mois).

Bilirubine à 109, malgré un ictère discret,

Cholestérol total à 1 g 90,

Epreuves de floculation pratiquement normales.

Gros foie douloureux.

Apyrexie.

2. 5. 59 : Y avec anastomose latéro-latérale sur le canal hépatique.

Reprise de l'ancienne médiane.

Adhérences sous hépatiques habituelles.

Voie biliaire retrouvée sténosée au bord du duodénum. Pas de calculs résiduels, ni de réaction pancréatique.

Ponction positive en amont de la sténose.

Cholangiographie : cholangiogramme complet : dilatation modérée. Il existe sous la zone de convergence l'image d'un canal hépatique, long de 3 cm au moins.

Pratiquement aucun passage d'iode vers le bas, même après forte hyper-pression.

Anastomose hépatico-jéjunale "en latéro-latérale sur le

canal hépatique fendu en long, car la dilatation n'est pas suffisante pour envisager une terminaison latéro-latérale".

L'anse en Y est montée trans-mésocolique. Jéjunostomie en un plan, 80 cm plus bas.

3) Suites opératoires : faciles

Sort au 19^e jour.

4) Suites ultérieures :

Revue en Septembre (4 mois) en très bonne santé. Elle n'a plus ressenti aucun trouble depuis son intervention.

Le 7. 11. 59 (6 mois) elle est opérée en province pour une occlusion haute du grêle, provoquée par un système de brides au niveau de la jéjuno-jéjunostomie, qui siège au pied de l'anse montée en Y.

Au décours de cette intervention il se produit une inondation trachéale par inhalation de vomissements. Il n'est pas fait d'aspiration bronchique.

Le 8. 11. 59 la malade meurt à la fin d'un accouchement survenu à terme, dans un syndrome de cyanose suivi de collapsus.

La cause de cette mort est un accès de cyanose "mal contrôlé par l'oxygénothérapie" et qui entraîne un état de collapsus irréversible.

Y en ventouse (53)
Y en ventouse (57) (Echec d'une tentative de Dogliotti)
Longmire droit (59) + Dilatation de l'anastomose centrale.

Résultat classé : échec définitif.

COMMENTAIRE

La lésion de la convergence elle-même nous semble certaine.

La cholangiographie de 57 montre en effet (injection trans-hépatique gauche) l'imprégnation des deux branches.

La branche gauche est très bien injectée et d'une opacité dont l'intensité tranche nettement sur la pâleur de l'image droite.

La présence de 2 calculs à la terminaison de la branche gauche est confirmée. Cette branche se termine par une sténose évidente. La branche droite n'y est rattachée que par un petit trajet très ténu, long d'un demi centimètre.

Cette observation est classée dans la catégorie : lésion intéressant la convergence.

ICONOGRAPHIE

Fistulographie avant la première intervention (8. 6. 53).

Cholangiographies de contrôle, 7. 53 et 1. 54.

Cholangiographie trans-hépatique gauche, 2è intervention, 6. 57.

ANATOMOPATHOLOGIE : L'un des deux stades III avancés.

L'absence de lésions majeures quant aux cellules épithéliales est à remarquer puisque la biopsie est prélevée après 6 ans d'évolution et qu'elle montre l'existence d'une importante sclérose mutilante.

1) Le 20. 4. 53 : Cholécystectomie pour lithiasé vésiculaire douloureuse.

Difficultés pour obtenir l'injection des voies biliaires par manométrie, qui forcent à pousser le produit de contraste à la seringue. Il existe un gros cholédoque, siège d'un véritable empiérement.

"Les difficultés opératoires font abandonner toute manoeuvre directe sur le cholédoque".

Cholécystectomie.

Plaie reconnue au moment de la ligature du moignon cystique.

Reconstruction immédiate par suture en 2 plans.

Fistule biliaire immédiate, accompagnée de rétention et d'angiocholite.

2) Bichat. 6. 53 (2 mois).

Nette rétention, ictère, cholémie à 320, grandes oscillations thermiques, difficilement jugulées par les antibiotiques pré-opératoires.

La fistule ne donne que par intermittence.

Fistulographie, 6. 53 : imprégnation des 2 branches.

La branche gauche est rétrécie à sa terminaison, de même que la branche droite ; l'une et l'autre ne communiquent séparément que par un fin pertuis avec le trajet fistuleux principal.

Imprégnation du cholédoque avec un petit passage duodénal, bien que se dessine l'image de calculs bas résiduels. L'extrémité supérieure du cholédoque opacifiée est située très à distance de la terminaison des voies hautes et communique lui aussi par un trajet fistuleux personnel avec l'image en flaque de la fistule.

17. 6. 53 : Y en ventouse.

Para-médiane. Adhérences sous-hépatiques habituelles, mais particulièrement serrées entre duodénum et foie.

Ponctions répétées du hile avant de découvrir "sur le flanc externe du carrefour sous-hépatique une logette qui paraît bien le point d'aboutissement de la fistule. Pour se repérer mieux, on libère le 2^e duodénum par décollement duodéno-pancréatique.

Duodénotomie.

Cathétérisme rétrograde du cholédoque par voie transpapillaire.

On découvre un calcul cholédocien.

Manoeuvre hémorragique, mais qui permet de découvrir un canal fibreux long de 2 cm qui mène vers le hile, sur un cratère fistuleux où débouchent les voies biliaires hautes.

Echec d'un essai de cholangiographie.

Dilatation de l'orifice du cratère découvert. Ecoulement très abondant de bile floconneuse. "Dilatation à la pince d'un canal qui paraît être le droit". "On ne parvient pas à retrouver, ou du moins à glisser un instrument dans le canal gauche, cependant dilaté sur la fistulographie". "Il est probable qu'il débouche dans le cratère intra-hépatique. On ébarbe au mieux, mais il apparaît tout de suite qu'il n'est pas possible de retrouver un vrai canal biliaire permettant de faire un adossement muco-muqueux correct".

Anastomose en ventouse sur drain, dont la branche horizontale sort du grêle à la Volker.

3) Suites immédiates : difficiles.

Les selles restent décolorées durant 15 jours. Il existe un écoulement hors du drain, le long de son trajet durant 15 jours.

Cholangiographie de contrôle :

- 1) Le 13. 7. 53 : branche supérieure du drain dans le canal droit.

Le canal gauche, imprégné, ne communique que par le fin pertuis.

- 2) Le 5. 1. 54 : image analogue.

On remarque l'entartrement de la lumière du drain.

Il semble exister à la terminaison de la branche gauche l'image d'un calcul.

Ce dernier contrôle est pratiqué au décours d'un ictère survenu en 12. 53.

Poussée fébrile et ictère en Janvier 55.

Ces poussées se renouvellent et forcent à réintervenir en Juin 57 (2 ans).

Bichat : 18. 6. 57 : ictère sans douleur, ni fièvre.

Thymol 6

Céphaline 0

Gros 1, 5

18. 6. 57 : Nouvel Y en ventouse, après échec d'une tentative de Dogliotti.

Ancienne cicatrice verticale sur une paroi très fragilisée.

"Foie d'aspect cirrhotique, dont l'hypertrophie rend tout accès périculaire impossible".

Ponction du lobe gauche : bile blanche.

La cholangiographie montre "une communication entre la branche droite et gauche, et une très forte dilatation de ces branches".

"On démonte l'anastomose hépatico-jéjunale et on explore la branche droite et la branche gauche par l'orifice hépatique très sténosé. Pas de calcul ni de boue dans ces branches. Malgré l'image suspecte sur la radiographie on tente une opération de Dogliotti".

"Le parenchyme cirrhotique est très hémorragique, le canal biliaire découvert après section du segment III ne permet aucune anastomose.

"Dans ces conditions on renonce. On rétablit une hépatico-jéjunostomie sur drain".

Biopsie Hépatique.

Suites immédiates : médiocres.

La malade ne déjàunit qu'incomplètement, bien que le drain soit lavé régulièrement.

1. 59 : épisode ictérique avec selles décolorées, sans fièvre ni douleur.

7. 59 : hématomèse.

Bichat : 11. 59 : 3è tentative de réparation.

Rétention extrême avec prurit.

La présence de varices oesophagiennes radiologiques témoigne d'un état de cirrhose avancée, compliquée d'hypertension portale.

10. 11. 59 : Longmire droit de désespoir.

"Il existe une circulation veineuse collatérale très importante qui rend l'intervention extrêmement hémorragique. Pas d'ascite, foie d'aspect cirrhotique. On retrouve la jéjunale montant au hile du foie où elle s'enfonce dans un cratère fibreux.

Ponctions trans-hépatiques répétées négatives.

Résection de la pointe du lobe droit qui permet de parvenir à un canalicule qui débite abondamment de la bile".

Cholangiographie par ce canal qui montre un image analogue au cholangiogramme de l'intervention précédente.

Résection plus large de la pointe du lobe droit. Longmire en se servant d'un canal étroit et de l'anse déjà montée.

Dilatation de l'ancienne anastomose par voie trans-intestinale.

Suites immédiates : difficiles.

Déjaunissement extrêmement lent. Hémorragies intestinales répétées. Reste ictérique en fin Janvier 60.

Biopsie hépatique opératoire : Stade III très avancé.

Sclérose annulaire peu inflammatoire irrégulière, mais sans grosses lésions cellulaires. Canaux biliaires légèrement dilatés et parfois cernés par une couronne inflammatoire.

Veine porte dilatée.

Importante accumulation pigmentaire intra et extra-cellulaire.

JAQ..... Juliette, 64 ans.

Y latéral élargi (59).

Résultat classé : bon résultat récent.

COMMENTAIRE

Intérêt de ce cholangiogramme qui montre la possibilité de faire en fait une anastomose élargie sur la gauche, même en l'absence de dilatation et bien qu'il existe un dédoublement anatomique de cette branche.

ICONOGRAPHIE

Fistulographie.

Cholangiogramme per-opératoire.

1) Le 5. 5. 59 : Cholécystectomie après cholédotomie et ablation de calculs cholédociens pour lithiase ictérique, opérée en poussée ictérique.

Le Kehr "tombe" au 12^e jour.

Fistule biliaire externe donnant 750 cc de bile tous les jours.

2) Bichat. 6. 59 (2 mois).

Fistule biliaire à gros débit avec absence de toute rétention (bilirubine à 6 mg).

Fistulographie : injection des voies hautes non dilatées, montrant que la sténose siège au ras de la région de convergence. Discontinuité d'un centimètre. Injection d'un gros cholédoque sous jacent, brusquement arrêtée en bas par une image cupuliforme qui évoque fortement l'existence d'un calcul cholédocien résiduel. Pas d'opacification duodénale.

30. 6. 59 : Y latéral élargi après abord de la branche gauche.

Canal gauche anatomiquement dédoublé.

Ancienne para-médiane. Adhérences sous hépatiques "particulièrement vasculaires et charnues". Le parenchyme est extrêmement friable.

On extrait dans le trajet fistuleux un nombre considérable de petits calculs et même de gros volume. Certains sont littéralement dans le parenchyme hépatique. On a l'impression qu'on a pu laisser des calculs dans le lit vésiculaire d'une vésicule elle-même perforée, bouchée par le foie.

La fistule guide jusqu'au hile et aboutit à un orifice canalaire donnant issue à de la bile.

On glisse dans cet orifice une sonde de Nélaton.

Cholangiogramme : dilatation presque nulle des voies hautes.
 Cholangiogramme complet intéressant sous l'angle anatomique.
 Les branches convergent vers la zone de convergence à angle très aigu et sont toutes presque verticales.

Il existe presque indiscutablement un dédoublement de la branche gauche. La droite semble formée de 3 canaux segmentaires, réunis juste au niveau de la convergence avec cette branche gauche.

Aspect de convergence à 5 branches.

Devant cet aspect "il n'est pas question d'individualiser dans ces branches une branche gauche typique. On va devoir se contenter de fendre vers la gauche la face inférieure du moignon hépatique retrouvé. Cette fente aura finalement 2 cm 5 à 3 cm, et va permettre une anastomose latéro-latérale avec une anse jéjunale montée en Y trans-mésentérique".

Intervention notablement hémorragique.

3) Suites opératoires : faciles.

Sort au 15^e jour.

12. 59 : travaille malgré ses 65 ans. N'accuse que quelques douleurs profondes épigastriques.

JOL.. Paul, 44 ans.

Dérivation externe + cure abcès hépatique
Y latéral élargi (59).

Résultat classé : bon résultat récent.

COMMENTAIRE

Intérêt de cette observation : angiocholite grave avec urée
à 0 g 80 et présence d'abcès du foie multiples.
Observation à rapprocher de celles de MAR... Louise et de
BAR... Huguette.

ICONOGRAPHIE

Cholangiogramme de la 2è intervention.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade II avec importantes lésions cellulaires.

Evolution courte (1 mois 1/2) mais dramatique :
angiocholite avec foyer de nécrose parenchymateuse.

1) Le 13. 12. 58 : Cholécystectomie pour lithiase douloureuse et ictérogène, (ictère depuis 15 jours) chez un malade préalablement gastrectomisé.

Fistule biliaire externe et persistance de l'ictère.

Puis l'ictère fonce et il apparaît un état d'angiocholite grave au lendemain d'un essai de fistulographie, qui n'était d'ailleurs pas parvenu à opacifier les voies biliaires.

2) Bichat. 1. 59 (Délai 1 mois 1/2).

Ictère flamboyant. Bilirubine à 30 mg. Phosphatases 13 unités.

Etat fébrile avec accès pseudo-palustres, polynucléose à 19.400. Sur le cliché thoracique, pris à cause d'une gêne respiratoire, il existe une réaction du cul de sac costo-diaphragmatique droit, qui fait suspecter l'existence d'un abcès du foie, compliquant cet état d'angiocholite grave. On redoute la menace d'un ensemençement pleural.

Traitement antibiotique par perfusions (Auréomycine 300 mg, Pénicilline 10 millions), Cortancyl 15 mg pendant 8 jours.

Ce traitement améliore l'état général, fait régresser la gêne respiratoire, mais ne parvient qu'incomplètement à maîtriser la fièvre.

La fistule est pratiquement tarie depuis 3 semaines.

29. 1. 59 : Exploratrice terminée par un drainage biliaire externe.

"Incision empruntant le haut de l'incision ancienne et se prolongeant transverticalement à droite en Mallet-Guy, ainsi est circonscrit et laissé dans le lambeau fistuleux externe. Libération des adhérences régionales habituelles.

"L'exploration du lobe droit du foie montre celui-ci porteur

de plusieurs abcès dont la paroi superficielle très mince est blanc jaunâtre. On effondre cette paroi, il sort du pus, de la bile et des éléments de parenchyme nécrosés. Ainsi sont traités 2 abcès proches l'un de l'autre, non loin du bord inférieur du foie, puis 4 abcès postérieurs, non loin de la veine cave. Ils ont la dimension d'une grosse prune".

"Ensuite on se porte dans la région sus-hépatique en suivant le trajet fistuleux et l'on découvre peu à peu un bloc fibreux dans le haut du pédicule".

"On aperçoit un fil de lin noué sur le segment bas du cholédoque". Ouverture d'une cavité intermédiaire, qui conduit à la bifurcation biliaire, dont on sentira au doigt les orifices droit et gauche. Cette cavité est nécrotique ; on y place une sonde de Pezzer pour la radiographie qui objective les branches intra-hépatiques dilatées".

"Il est impossible, en raison de l'état gravissime du malade et des tissus régionaux, d'envisager une anastomose bilio-digestive à ce niveau".

"On songe à faire une anastomose sur le canal gauche en suivant le ligament rond. On parvient aisément, en disséquant le ligament, jusqu'au canal repéré par la pince introduite dans le hile. En incisant sur cette pince, un jet de sang artériel montre que le canal est masqué en partie par une artère, qui a été incisée longitudinalement et qu'on suture par 2 points de soie vasculaire".

"Dans ces conditions on renonce à toute anastomose immédiate. Une sonde de Pezzer dans le canal droit, un drain perforé dans le canal gauche, un Penrose au voisinage, vont assurer le drainage biliaire externe".

En face des abcès 3 Penrose et 2 Carrel interhépatico-diaphragmatiques.

3) Suites immédiates : Traitement post-opératoire : Erythromycine, Terramycine et Cortancyl (15, 10 puis 5 mg) durant trois semaines.

La fièvre tombe brusquement, puis se maintient entre 37°5 et 37°. Le drainage externe fonctionne régulièrement. Il n'y a pas d'écoulement biliaire notable par les drains qui sont situés en regard de la convexité hépatique.

Au 40^e jour l'état général est transformé, mais il persiste un ictère net et des petits mouvements fébriles.

31. 3. 59 : (2 mois plus tard). Y latéral élargi sans drain.

Reprise de l'incision.

Cholangiographie injectée par le drain qui est restée en place dans le canal droit.

Cholangiogramme électif droit, qui dessine dans le segment VIII l'image d'une importante cavité. Cette image est certainement l'image résiduelle d'un abcès et son opacification prouve qu'elle se draine dans la voie biliaire.

"Libération habituelle des adhérences sous-hépatiques".

"On arrive au hile en suivant le trajet fistuleux bien constitué, dont on est tenté de faire l'implantation dans un viscère". "En s'enfonçant peu à peu dans la profondeur et surtout en creusant le tissu hépatique sur le flanc droit et postérieur de la branche droite, on libère peu à peu celle-ci, ce qui permet de cathétériser la branche gauche, qu'on abaisse selon la technique habituelle".

"Incision de cette branche gauche découverte et d'un court tronçon (1/2 cm) de canal hépatique restant, ce qui donne une large ouverture en tissu souple à gauche et un peu fibreux à droite".

"Anastomose hépatico-jéjunale latéro-latérale régulière à

Suite points séparés de soie vasculaire, en un plan, sans drain tuteur.
Suspension de l'anse jéjunale".

Suites opératoires : faciles.

La température reste stable, en dessous de 37°4.
Le malade sort au 12^e jour, l'ictère presque totalement effacé.

12. 5. 59 : bon état général, absence de troubles.

Biopsie du 29. 1. 59 : (prélèvement au voisinage des foyers de nécrose parenchymateuse).

Stade II avec énorme foyer de nécrose pigmentaire, lésions inflammatoires, mais sans aspect de suppuration.

Il semble que la nécrose cellulaire au niveau des foyers de ramollissement ait été plus le fait d'une rétention extrême que de l'intervention.

Biopsie hépatique du 31. 3. 59 : ininterprétable.

Longmire gauche sur lésion de la convergence (58).

Résultat classé : bon résultat.

COMMENTAIRE

Anastomose intra-hépatique périphérique décidée après échec de dissection du hile.

L'absence de communication des foies droit et gauche au cholangiogramme confirme l'image donnée par la cholangiographie du 2. 3. 57.

Observation retenue dans le chapitre : lésions de la zone de convergence.

Le fait que l'on ait été obligé de sectionner complètement le lobe gauche d'avant en arrière ne laisse pas d'inquiéter sur le volume réel du foie réellement drainé par cette dérivation.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per opératoire.

Cholangiographie de contrôle du 2. 3. 57.

1) Le 30. 1. 57 : Cholécystectomie à chaud pour cholécystite gangréneuse accompagnée d'ensemencement péritonéal.

Plaie méconnue.

Fistule biliaire externe immédiate.

20. 2. 57 (3 semaines). Reconstruction sur drain de Champeau.

On note une perte de substance de 1 cm.

Le drain laissé 7 mois donnait 250 cc de bile jusqu'en Juin, (durant 4 mois).

3 mois après l'ablation du drain (Décembre) apparition de crises d'angiocholite puis d'ictère prurigène.

2) Bichat. 5. 58 : rétention complète. Bilirubine à 120 mg, cholestérol total 12 g, avec $\frac{E}{T} = 0, 50$

Une cholangiographie de contrôle, pratiquée le 2. 3. 57, montre l'absence de dilatation, imprègne les deux branches qui débouchent séparément dans une image en flaque à bord très irrégulier, centrée sur la naissance du T du drain de Champeau. Cette image prouve que la bifurcation elle-même est à cette date lésée.

6. 8. 58 : Longmire gauche sur un canal du calibre d'un crayon.

Médiane sur l'ancienne cicatrice, siège d'une volumineuse éventration. "Adhérences plus serrées et plus abondantes que de coutume, libération laborieuse".

Les 2 lobes du foie sont très hypertrophiques. La rate est augmentée "franchement" de volume. Pas de circulation collatérale péritonéale du type habituel de l'hypertension portale.

Echec d'une tentative de ponction du lobe droit, qui est très hémorragique. Ponction du lobe gauche positive à la troisième

tentative.

Cholangiographie trans-hépatique gauche : branche gauche dilatée, mais seule visible.

"On explore cependant la région sus-hilaire, mais on se rend vite compte que l'abord serait rapidement périlleux à cause de la tendance très hémorragique ; aussi prend-t-on le parti de faire une intervention de dérivation intra-hépatique".

Section d'avant en arrière du lobe gauche comme pour aborder un canal III, mais le premier canal trouvé n'est pas de "calibre satisfaisant", "aussi est-on dans l'obligation de sectionner la totalité du lobe gauche d'avant en arrière pour rencontrer un canal du calibre d'un crayon, très postérieur et plutôt près de la face inférieure. Il est flanqué d'un pédicule vasculaire très important et absolument au contact du canal". Anastomose termino-latérale sans drain tuteur sur une anse montée en Y au-dessous de la première anastomose : on en établit une seconde avec le premier canal rencontré.

Drain ôté la troisième semaine, donnant 100 cc.

3) Suites opératoires : sort au 30^e jour, en léger sub-ictère.

4) Suites ultérieures :

en l. 60 : a repris son travail depuis 9 mois. Surveille un peu son régime alimentaire. N'a présenté aucun trouble proprement biliaire depuis son intervention. C'est donc un bon résultat.

LAMB.. Eugénie, 64 ans.

Reconstruction (57)

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE

L'indication de reconstruction est prise en raison de la présence d'une continuité postérieure, de la voie biliaire.

1) Le 13. 11. 54 : Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire douloureuse.

Fistule biliaire externe immédiate, tarie spontanément en 7 mois. Il apparaît alors un ictère prurigène, aggravé de poussées d'angiocholite.

2) Bichat : 3. 57 : Rétention complète avec prurit ; bilirubine à 40 mg.

Amaigrissement de 20 kg ; bilan hépatique paranormal.

26. 3. 57 : Reconstruction par suture bord à bord sur drain de Kehr.

Paramédiane. Adhérences habituelles. On retrouve un tractus qui ressemble fort à l'ancien trajet d'une fistule biliaire interne.

La voie basse est trouvée dans le pédicule. Elle est dilatée, on en extrait un gros calcul.

La radiomanométrie ne laisse voir que la voie basse et il n'existe de passage duodénal qu'avec une pression supérieure à 30 cm.

Abord de la papille par duodénotomie à minima.

Sphinctérotomie. Echec de la tentative de retrouver la voie haute en cathétérissant le cholédoque de bas en haut par voie transpapillaire.

Dissection du hile qui retrouve la voie haute.

On constate qu'il existe une sténose infranchissable en "sablier" et qu'il persiste un pont postérieur de muqueuse biliaire.

Exploration à la pince des branches droite et gauche après évacuation de boue biliaire dans le haut hépatique.

Bien que la sténose soit très haut située on choisit la "reconstruction en raison de la continuité postérieure".

Suture bout à bout régulière à points séparés de catgut.

La branche horizontale du drain de Kehr ressort par contre-incision cholédocienne.

Ce drain, gardé un an, est trouvé pratiquement bouché lors de son ablation.

3) Suites immédiates : simples.

4) Suites tardives : 12. 59 : pèse 80 kg pour 1 m 60.

Se considère guérie et déclare n'avoir plus jamais ressenti aucun trouble.

LAN.. Jeanne, 31 ans.

Y latéral élargi (56).

Résultat classé : guérison (4 ans).

COMMENTAIRE

Cette observation contient le premier compte-rendu qui utilise l'abord direct de la branche gauche.

ICONOGRAPHIE

Cholangiogramme per opératoire.

1) Le 27. 7. 55 : Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire douloureuse.

Douleurs en Septembre. En Décembre syndrome péritonéal droit, suivi d'ictère, de décoloration des selles et de prurit.
Depuis sub-ictère et angiocholite.

2) Bichat. 2. 56 : (8 mois).

Léger sub-ictère, notable amaigrissement.

17. 2. 56 : Y latéral élargi sur canal gauche.

Reprise de l'ancienne médiane, prolongée vers le bas. Adhérences sous-hépatiques banales. Pédicule hépatique d'abord facile où l'on sent nettement battre 2 artères, une gauche et une droite.

Dissection au ras du hile, permettant de trouver une zone déprimée cicatricielle, témoignant d'une sténose serrée. Ponction d'emblée positive, au-dessus de cette zone. Radiographie : la pointe de l'aiguille est dans la branche gauche.

Cholangiogramme complet : la sténose siège juste au ras de l'implantation du canal sectoriel latéral droit.

"La libération du bord postérieur du lobe carré, en cheminant sous la capsule de Glisson, conduit à lier deux petits éléments pédiculaires se rendant à ce lobe, et permet d'objectiver la branche gauche qui avait paru très dilatée sur les clichés, et recevait séparément la branche centro-supérieure du lobe droit".

Incision longitudinale de 2 cm en amont du point de ponction sur le carrefour biliaire.

"Anastomose latérale bilio-grêle en un plan à points séparés de soie vasculaire, dans laquelle on introduit un tube de polythène qui ressort plus bas du grêle en Volker".

Foie dilaté dans son ensemble mais sans apparence de cirrhose.

3) Suites opératoires : simples.

Sort au 20^e jour.

Drain laissé un mois.

Bilirubine à 6 mg le 5. 3. 56 (15^e jour).

4) Suites éloignées : 12. 59 : activité professionnelle normale, aucun trouble.

Y latéral élargi (56).

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE

Observation utilisée au chapitre : lésions de la zone de convergence.

- 1) Intérêt de la comparaison des 3 cholangiographies successives qui prouve que le secteur latéral droit n'est pas drainé par l'anastomose. La malade semble d'emblée fort bien tolérer cet état de choses.
- 2) Intérêt de la cholangiographie de contrôle, qui dessine l'anastomose.

ICONOGRAPHIE

Fistulographie.

Cholangiographie per-opératoire.

Cholangiographie de contrôle.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade II discret, après 5 mois de fistule biliaire externe mal supportée par l'état général et sans rétention.

1) Le 16. 12. 55 : Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire douloureuse.

Fistule biliaire externe immédiate durant un mois.

11. 1. 56 : mise en place d'un drain dans le bout supérieur des voies biliaires retrouvées. "Il est impossible de pénétrer dans le bout inférieur".

2) Bichat. 3. 56 : (Délai 2 mois 1/2)

Fistule biliaire externe à grand débit.

Absence de toute rétention (bilirubine à 4 mg, cholestérol 2,10)

Notable amaigrissement.

Fistulographie (25. 2) : Les voies biliaires ne sont pratiquement pas dilatées.

Il existe une flaque centrale, origine de la fistule. Vers cette flaque convergent d'une part le canal sectoriel latéral inférieur droit et d'autre part le reste de la branche droite et la branche gauche, dont la convergence est située nettement plus haut.

La lésion est donc située nettement au-dessus de la convergence principale, mais le canal latéral inférieur droit devait s'implanter bas sur l'hépatique.

2. 5. 56 : Y latéral élargi.

Reprise de l'ancienne médiane, qui est porteuse d'une fistule avec drain en place au voisinage de l'ombilic.

On débride de plus transversalement à droite.

Adhérences sous hépatiques importantes.

La fistule guide sur le pédicule hépatique et mène aisément au canal biliaire.

Cholangiographie : absence de dilatation des voies hautes ou presque.

Aspect superposable à celui de la fistulographie, moins l'image du canal latéral inférieur droit.

Abord sus-hilaire de la branche gauche, qui nécessite la ligature de 2 éléments "vasculo-biliaires".

Incision de cette branche à partir de l'orifice inférieur, découvert dans le hile et sur une pince introduite par cet orifice dans la branche gauche.

"Celle-ci est ouverte en zone parfaitement saine".

"Anastomose latéro-latérale large" avec une anse jéjunale montée en Y par voie trans-mésocolique.

Cette anastomose est montée sur un drain qui sort du jéjunum à la Witzel et sera laissé un mois et demi.

Biopsie hépatique : Stade II discret.

Sclérose péri-portale discrète.

Absence de rétention pigmentaire.

Stéatose cellulaire.

Aspect d'hépatite récente.

3) Suites opératoires : Le drain donne 500 cc par jour pendant un mois, puis se tarit lorsqu'on le met en pression contrôlée.

Cholangiographie de contrôle : elle montre une bonne injection des voies hautes, confirme l'absence d'injection du canal latéral inférieur droit.

Elle a l'intérêt de bien dessiner la zone d'anastomose, ce qui permet d'en remarquer le grand diamètre.

Cette malade reste hospitalisée 3 mois (abcès de la fesse, expliquant un état fébrile prolongé).

4) Suites ultérieures : Revue en 12. 59, se considère guérie, a repris 10 kg depuis son intervention (dès le 9^e mois), travaille normalement et ne suit aucun régime.

LESC.. Christiane, 31 ans.

Y latéral élargi (59).

Résultat classé : insatisfaisant.

COMMENTAIRE

La lésion de la zone de convergence elle-même paraît plus que probable.

Nous avons classé cette observation dans cette catégorie.

Il est difficile de prévoir le pronostic ultérieur.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per opératoire.

1) 2. 57 :

Cholécystectomie pour lithiasé vésiculaire douloureuse.

Lésion de la voie biliaire principale lors de la dissection du col de la vésicule.

Reconstruction immédiate par suture bout à bout sur drain de Kehr, laissé 5 mois.

Après ablation du drain, la malade n'éprouve que des douleurs sans ictère, jusqu'en Avril 58.

Une grossesse aggrave alors la situation en coïncidant avec l'apparition d'un ictère intense.

Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 au décours d'une septicémie à bacille de Friedlander.

2) Bichat. 2. 59 : (24 mois, 17 mois après l'ablation du drain).

Rétention complète avec prurit durant depuis dix mois.

Bilan hépatique légèrement altéré.

6. 2. 59 : Y avec anastomose sur le canal gauche.

Para-médiane. Adhérences habituelles.

"Découverte d'une fistule bilio-duodénale partiellement oblitérée entre un orifice canaliculaire intra-parenchymateux et le gènu supèrius. Il s'agit sans doute d'une branche droite, d'origine hépatique.

Dans ce canal sera placé un drain, drainant la bile à l'extérieur".

"En profondeur on découvre un canal biliaire plus important, représentant sans doute la convergence d'une branche supérieure droite et la branche hépatique gauche. Ce confluent est mieux mis en évidence après incision de la capsule du foie et manoeuvre d'abaissement au bord postérieur du lobe carré.

"Sur le canal découvert, brèche latérale de 2 cm empiétant sans doute sur la branche gauche, qui va servir à une anastomose, sur une anse jéjunale montée en Y à travers le mésotransverse".

Pas de drain tuteur car l'anastomose paraît large et suffisante.

Une cholangiographie pratiquée par ponction du hile ne dessine que l'image de la branche gauche où se jette un canal qui représente, du moins en partie, le secteur centro-supérieur. L'extrémité de cette branche se termine par une image en fond de tube à hémolyse.

3) Suites opératoires : simples.

La malade sort au 15^e jour.

Le drain, qui draine séparément le canal droit, donne 400 cc, puis 250 cc par jour. Il est tari au 12^e jour, date de son ablation.

Au 12^e jour bilirubine à 15 mg, ictère effacé.

4) Suites éloignées :

Revue en 12. 59, la malade a présenté depuis sa sortie de l'hôpital une dizaine d'accès pseudo-palustres, suivis de deux jours de sub-ictère sans décoloration des matières. Ces crises ont tendance à s'estomper et sont jugulées par la prise de Colimycine.

LEST.. Bernadette, 35 ans.

Y latéral élargi (58).

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE

C'est l'une des 3 interventions de cette série de 48 où
l'on n'ait pas fait de cholangiographie.

1) Le 2. 9. 57 : Cholécystectomie simple pour lithiase douloureuse et icté-
rigène. Fistule biliaire externe spontanément tarie en
10 jours.

Janvier (3 mois) : ictère et accès fébriles répétés.

Juin (9 mois) : hémorragies intestinales avec vomissements
de bile et de sang. La malade reste jaune et les selles
persistent à être décolorées.

7. 58 : réintervention : Pezzer dans le bout supérieur de la
voie biliaire retrouvée.

Le bout inférieur de la voie biliaire est "impossible à
cathétériser". Ecoulement de bile de 1 l. 500 durant 2 mois.

2) Bichat. 9. 58 (12 mois).

Fistule à gros débit. Bilirubine à 15 mg. Apyrexie.

Epreuves hépatiques : Red C.T. +

Thymol 12

16. 1. 58 : Y latéral élargi après abaissement de la branche
gauche.

Sous costale sur l'ancienne cicatrice en excisant l'orifice
fistuleux. Drain laissé en place pour suivre son trajet.
Débridement vertical sur la ligne médiane, regagnant la
sous-costale. Adhérences très serrées entre le trajet fis-
tuleux, le colon transverse et le duodénum, qui lui-même
intéresse particulièrement la face inférieure du foie.

"On parvient à retrouver un cul de sac biliaire plus long
qu'on espérait. On décolle la branche gauche du foie pour
abaisser un peu l'ensemble de la bifurcation et on excise
le cul de sac fibreux dans lequel était la sonde de Pezzer!"

On parvient à voir un petit segment de canal hépatique, qui
est encore en tissu légèrement inflammatoire.

"On drague très aisément les branches droite et gauche, sans ramener de concrétion".

Anastomose sur Kehr n° 18 à points séparés.

3) Suites opératoires : faciles.

Drain laissé 25 jours, donnant 400 cc durant 10 jours, tari depuis 3 jours lors de son ablation.

4) Suites ultérieures :

12. 59 : se considère comme guérie et déclare n'avoir plus ressenti aucun trouble.

Y en ventouse (54).

Résultat classé : Bon résultat.

COMMENTAIRE

L'absence de toute injection de la branche gauche sur la cholangiographie per-opératoire nous a fait classer ce cas dans la catégorie des lésions intéressant très vraisemblablement la convergence. (L'un des 2 cas qualifiés d'"obscur".)

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per-opératoire.

Cholangiographie de contrôle.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade II après 21 mois d'évolution, durant lesquels est survenue une grossesse. Rétention et angiocholite.

1) 6. 52 : Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire douloureuse.
Fistule immédiate, spontanément tarie en 15 jours, laissant derrière elle un ictère aggravé de 2 crises d'angiocholite par semaine.
La survenue d'une grossesse, qui aboutit à une fausse-couche, aggrave nettement la situation.

2) Bichat. 3. 54 (21 mois).

Rétention modérée. Cholémie : 25, 5 mg, cholestérol total 3, 44, apyrexie, gros foie et rate palpable.
Antibiotiques pré-opératoires durant 4 jours.

16. 3. 54 : Y en ventouse.

Para-médiane droite. Adhérences sous-hépatiques habituelles.
"On voit nettement un trajet fistuleux gros comme une allumette, allant du duodénum à la partie droite du hile".
On sectionne ce trajet qui est obstrué par un magma jaunâtre, sans bile.

Issue abondante de bile à la 3^e ponction.

Cholangiographie : "section de la voie biliaire principale, au niveau du hile du foie au ras de la bifurcation".

Exploration instrumentale des branches droite et gauche.

Bile épaisse avec calculins, mais pas de calcul.

Anastomose en ventouse, sans bord à bord, sur drain de Champeau, à longue branche, dirigée en haut, sans doute, dans le canal droit.

Biopsie hépatique : Stade II avancé, à la limite du Stade III.

Sclérose dense portale peu inflammatoire, étoilée.

Canaux cernés par d'épais anneaux de sclérose dystrophique, à lumière étroite et à épithélium atrophique.

Accumulation pigmentaire discrète.



3) Suites immédiates : Sort au 40^e jour.

Le drain donne 300 cc durant un mois.

Cholangiographie de contrôle, à la 5^e semaine : elle montre que la branche supérieure du drain est en fait dans la branche gauche.

Il existe un début d'imprégnation de la branche droite.

Il existe aussi une nette imprégnation de la voie biliaire principale sous-jacente, dont on ne parle pas dans le CRO, et dont l'extrémité supérieure effilée est fortement coudée.

4) Suites éloignées : au 6^e mois la malade va bien, bilirubine à 3 mg.

Décembre 59 : il ne persiste que quelques douleurs espacées dans la région hépatique. Aucun symptôme biliaire depuis 54.

MAR.. Louise, 44 ans.

Y latéral élargi (58)

Résultat classé : bon résultat récent.

COMMENTAIRE

Cas d'angiocholite grave à rapprocher de l'observation JOL.. Paul et de celle de BAR.. Huguette.

Cholangiogramme ayant un intérêt anatomique : absence de canal droit au sens anatomique du terme, segment Y implanté sur le canal gauche.

Implantation basse d'un canal segmentaire drainant le segment VIII et vraisemblablement la partie droite du segment V. Implantation sous-jacente isolée du secteur latéral inférieur droit.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per-opératoire.

1) 3. 52 : Cholécystectomie pour lithiase douloureuse.

Ictère immédiat.

6. 52 : anastomose cholédoco-duodénale (3 mois).

Ictère, douleurs et fièvre par accès passagers, sans qu'il y ait eu d'intervalle absolument libre. Ils ne deviennent fréquents que dans les mois qui précèdent son hospitalisation à Bichat.

2) Bichat. 12. 58 (7 ans).

Ictère, prurit. Bilirubine à 20 mg (!)

Phosphatases 24 U.B., Cholestérol total à 4 g.

Etat d'angiocholite subintrante depuis 15 jours.

34.000 globules blancs.

Foie débordant de 4 travers de doigts.

Epreuves hépatiques : Red C.T. ++

Gros 1, 9

Thymol 6

Kunkel 12

Hanger 0

Il semble que l'on perçoive une rate un peu grosse, ce qui fait demander une spléno-portographie en dehors de Bichat. Elle nécessitera une splénectomie d'urgence, suivie d'une collection biliaire nécessitant pour l'évacuer une laparotomie sous costale gauche.

Retour à Bichat.

11. 12. 58 : Y latéral élargi.

Sous-costale. Foie augmenté de volume, descendant très bas, "congestif mais non franchement cirrhotique".

Vérification par ponction de l'absence d'abcès dans le lobe droit.

Cholangiogramme trans-hépatique droit : cholangiogramme complet avec une nette dilatation, pas de passage bas.

"On voit dans le pédicule l'ancienne anastomose qui est représentée par un trajet fibreux apparemment imperméable. On sectionne ce trajet en le liant du côté duodénal au fil de lin".

Du côté du hile on provoque un écoulement de bile.

"On incise alors la capsule du foie au bord supérieur du lobe carré et on se glisse avec une facilité remarquable entre la parenchyme hépatique et cette capsule, ce qui va permettre d'abaisser la branche gauche très aisément".

On incise cette branche gauche, incision qui se prolonge sur le moignon d'hépatique vertical.

Issue de bile avec de nombreux calculins.

Anastomose latérale avec une anse en Y pré-colique. La brèche biliaire est de 2 cm en tissu souple.

3) Suites opératoires : faciles.

4) Suites ultérieures :

12. 59 : a repris en Mai 10 kg et se considère comme guérie et déclare n'avoir plus présenté aucun trouble.

NOVO.. Janine, 21 ans.

Y bord à bord régulier (52).

Résultat classé : guérison (7 ans).

Délai total d'invalidité : 9 mois.

COMMENTAIRE

Remarquer la présence d'une dilatation des voies hautes malgré l'existence d'une fistule externe à grand débit. Mais il existait une rétention partielle.

ICONOGRAPHIE

Fistulographie.

- 1) Le 6. 6. 52 : Cholécystectomie pour lithiase douloureuse, ayant provoqué une crise d'angiocholite.

Ictère immédiat, fistule biliaire externe au 6^e jour.

- 2) Bichat. 9. 52 (4 mois).

Amaigrissement de 20 kg. Fistule biliaire externe à gros débit. Légère rétention, cependant : cholémie 25 mg.

Fistulographie, cholangiogramme complet : voie biliaire intra-hépatique nettement dilatée. Canal vertical sous-jacent à la zone de convergence nettement dessiné et long de plusieurs millimètres.

29. 9. 52 : Y bord à bord sur drain.

Trans-rectale conscrivant la fistule, qui servira de guide à la dissection. Adhérences sous-hépatiques habituelles. Voie biliaire aisément retrouvée, faite d'un tissu inflammatoire "qu'on ébarbe au mieux".

"L'aspect du duodénum, qui a été blessé lors d'une première intervention, n'incite pas à faire un décollement duodéno-pancréatique, donc on renonce à une reconstruction vraie de la voie biliaire".

"Anastomose bord à bord avec une anse grêle montée en Y".
Drain sortant du jéjunum à la Witzel.

- 3) Suites opératoires : simples.

Drain laissé 2 mois.

- 4) Suites à distance :

En 53 : unique crise d'angiocholite.

Bichat : 8. 59 : hospitalisée pour ablation d'un fil de paroi.

Bilan complet : normal.

Biligraphe opacifiant les voies hautes et dessinant le profil de l'anse grêle dont les contours muqueux paraissent strictement normaux. Présence d'air dans les voies biliaires qui disparaît lorsque la malade est en décubitus.

Absence de tout reflux baryté dans les voies biliaires, même après compression.

Radiographie et acidité gastrique strictement normales.

Bilan hépatique : normal.

A retrouvé son poids normal, travaille normalement et ne suit aucun régime.

OUIR.. Marie, 52 ans.

Y latéral élargi (57).

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE Lésion intéressant certainement la zone de convergence.

ICONOGRAPHIE Cholangiographie per-opératoire.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade II après 3 mois de fistule biliaire externe mal supportée par l'état général et accompagnée de subictère.

1) Le 4. 4. 57 : Cholécystectomie pour lithiasé vésiculaire douloureuse.

Au 3è jour, ictère, fièvre, fistule biliaire externe à fort débit.

23. 4. (20 jours) : reprise. Voie biliaire non retrouvée malgré une duodénotomie.

Fistule biliaire externe avec ictère.

Amaigrissement très important.

2) Bichat. 7. 57. (Délai 3 mois).

Subictère. Bilirubine à 15 mg. Apyrexie. Fistule à fort débit, amaigrissement ++ : 36 kg.

Bilan hépatique altéré : Thymol 12

Céphaline ++

Protides 67 g.

La fistulographie ne montre qu'un remplissage purement duodénal.

2. 7. 57 : Y élargi sur la branche gauche.

Paramédiane croisant l'ancienne sous-costale.

Adhérences sous-hépatiques serrées, dont la dissection amène à blesser le duodénum au niveau de la seconde portion.

"On parvient ensuite à retrouver la voie biliaire principale qui est interrompue à la jonction canal hépatique droit et gauche.

Cholangiographie : imprégnation des branches droite et gauche.

La droite s'effile à son extrémité basse. Elle se jette dans un segment dont les bords sont très irréguliers et prolonge la direction du canal gauche. Le canal gauche se jette aussi, après s'être rétréci, dans ce segment.

"La branche gauche est découverte. On la fend sur plusieurs

centimètres, afin d'établir une anastomose : canal-branche gauche souple à gauche, en tissu fibreux au ras de la branche droite.

Drain trans-anastomotique, qui sort du grêle en Witzel".
Gastro-entérostomie en un plan pour soulager le duodénum blessé.

Biopsie hépatique : Stade II.

Sclérose péri-canaliculaire.
Peu de lésions inflammatoires jeunes.
Canaux terminaux à lumière étroite.
Quelques thrombi biliaires.

3) Suites immédiates : agitées.

Il existe un écoulement autour du drain, qui fait penser à une fistule duodénale, mais qui se tarit en 8 jours.
L'écoulement de bile par le drain atteint un litre par jour, durant 13 jours.
Au 28^e jour, crise de tétanie.
Malade hospitalisée 2 mois.
Drain ôté à un mois.

4) Suites éloignées :

12. 57 (6 mois) : elle ne se plaint d'aucun trouble.
En 59 (2 ans 1/2) : aucun symptôme biliaire. Il n'existe que des gastralgies, qui sont rattachées dans le service du Docteur LAMBLING à l'existence d'une gastrite du type fréquemment rencontré chez les gastro-entérostomisés.

PAC.. Andrée, 55 ans.

Y en ventouse (54)

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE

Succès du montage en Y en ventouse sur lésion certaine de la convergence.

Observation retenue au chapitre qui analyse ce type de lésion.

ICONOGRAPHIE

Fistulographie.

1) Cholécystectomie.

2) Bichat. 4. 54 : fistule à gros débit. Aucune rétention.

Fistulographie : imprégnation très poussée de chaque branche. Ces 2 branches communiquent séparément par un fin défilé avec une flaque centrale d'où naît la fistule.

2. 4. 54 : Y en ventouse.

Para-médiane. Nombreuses adhérences sous-hépatiques dont la dissection produit une déchirure colique de 3 cm, immédiatement suturée.

Cholangiographie per-opératoire : par le trajet fistuleux.

Elle confirme les données de la fistulographie.

"En fait dans la profondeur du trajet fistuleux, dans la partie droite du hile et du pédicule, on ne trouvera qu'un orifice biliaire débouchant dans un cratère. Excision de tout le tissu fibreux et introduction dans un segment canaliculaire, d'aspect sain, de la branche supérieure d'un drain de Champeau dont l'autre branche sera introduite dans une anse jéjunale montée en Y".

La branche horizontale du drain sort du grêle en Witzel.

3) Suites immédiates : simples.

Hospitalisée 2 mois.

Drain ôté au 6è mois, date à laquelle la malade a repris 10 kg.

4) Suites éloignées : revue en Décembre 59, poids normal, activité professionnelle normale. Plus jamais aucun signe biliaire ; douleurs vagues lors d'écarts de régime.

PRI.. Gabrielle, 53 ans.

Y bord à bord large sur drain.

Résultat classé : bon résultat, puisque l'intervention a assuré une guérison stable pendant 4 ans.

COMMENTAIRE

Intérêt particulier de cette évolution favorable sous l'angle hépatico-biliaire, malgré un aspect macroscopique et histologique du foie, qui pouvait inquiéter.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per-opératoire.

Contrôle post-opératoire.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade II (4 mois de fistule biliaire externe tarie spontanément, puis 3 mois de rétention complète).

1) 4. 51 : Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.

Fistule biliaire externe immédiate, tarie spontanément en 4 mois, laissant derrière elle un ictère continu.

2) Bichat. 11. 51 (Délai 7 mois).

Rétention complète.

12. 11. 51 : Y bord à bord large sur drain.

Reprise de l'ancienne cicatrice. Adhérences habituelles sous hépatiques.

On trouve un trajet fibreux qui aboutit à un canal intra-hépatique droit, "vestige probable" d'une fistule hépatico-duodénale.

"Le pédicule est réduit à la veine porte et à l'artère hépatique". La ponction dans le hile ramène une bile totalement blanche.

Cholangiographie par cette voie : considérable dilatation. Cholangiogramme complet : présence d'un segment vertical sous-jacent à la zone de convergence, long "de plus d'un centimètre".

Anastomose bord à bord par 10 points de spécyron de ce moignon disséqué à une anse grêle montée en Y.

"Le canal biliaire retrouvé a un calibre presque d'un pouce".

Drain sortant du grêle en Witzel.

"Le foie était volumineux, extrêmement ferme, d'aspect cirrhotique. Pas de difficultés avec la circulation portale.

Biopsie hépatique : élargissement fibreux manifeste des espaces portes avec en général de la fibrose plus accentuée au contact des canaux biliaires.

On ne trouve pas toutefois de bandes fibreuses s'épar-

dans le parenchyme.

Présence de pigments biliaires soit à l'intérieur des cellules parenchymateuses, soit groupés en amas pour former de véritables calculins à l'intérieur des canalicules biliaires, dont ils épousent la forme.

Quelques altérations cellulaires discrètes. Par contre les aspects de dégénérescence graisseuse typique ne sont pas souvent rencontrés.

L'aspect qu'évoque l'étude d'une telle préparation est assez celui d'une inflammation d'origine canaliculaire tendant vers la cirrhose dite biliaire et s'accompagnant de rétention pigmentaire.

Cet aspect correspond à notre stade II.

3) Suites opératoires : simples.

Cholangiographie de contrôle intéressante puisqu'elle montre une rapide diminution de calibre des voies biliaires intra-hépatiques (27. 11. 51, 15 jours).

Elle dessine parfaitement la zone d'anastomose et montre un effet d'allongement du moignon sous-jacent à la zone de convergence.

4) Suites éloignées : Bichat 53 : hystérectomie totale pour ce qui se révèle être un Léiomyosarcome.

Le bilan hépatico-biliaire est à cette date excellent:

bilirubine 6

Thymol 1

Céphaline 0

Décès début 56, après une paraplégie conséquence d'une métastase vertébrale.

PRU.. Nadège, 51 ans.

Y latéral élargi (57).

Résultat classé : bon résultat.

COMMENTAIRE

Ce cas peut servir de cas témoin vis à vis des reconstructions dont l'indication tient à la présence d'une continuité partielle de la voie biliaire principale.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per-opératoire obtenue à travers la zone sténosée (cas unique).

1) 10. 55 : Cholécystectomie pour vésicule exclue.

Ictère immédiat prurigène, sans fièvre, ni douleur.

Amaigrissement de 12 kg.

2. 56 : Reconstruction avec suture bord à bord sur drain perdu.

Mauvaises suites immédiates : douleurs, fièvre, subictère.

Plusieurs grandes poussées d'angiocholite grave, durant l'année qui suit.

2) Bichat. 4. 57 (18 mois).

Subictère. Bilirubine 5 mg. Cholestérol total 3, 60,

$\frac{E}{T} = 0, 70$

Epreuves hépatiques : Gros 1, 8

Thymol 6

Electrophorèse : hyperglobulinémie

β et γ

5. 4. 57 : Y latéral élargi sur la branche gauche.

Sous-costale. Adhérences sous-hépatiques habituelles.

"On se porte immédiatement sur le 2^e duodénum où l'on sent très bien saillir le drain perdu".

Duodénotomie à minima sur ce repaire. Le drain apparait au centre de la papille. Il est totalement oblitéré par de la boue et des calculins et incrusted sur sa face externe du même magma.

Cholangiographie : injection de toute la voie biliaire principale. On voit même l'image du moignon cystique qui est au flanc droit de l'hépatique (cause topographique de la lésion initiale ?)

Cholangiogramme complet des voies hautes avec canal vertical sous-jacent à la zone de convergence, long d'un centimètre. Image de la sténose à 3 cm du bord supérieur de la conver-

gence des branches droite et gauche.

Exploration de la voie biliaire de bas en haut par voie trans-papillaire.

A forte pression on parvient à injecter les voies hautes.

Abord de la zone sus-hépatique en s'aidant de l'abaissement de la branche gauche.

"Il existe au niveau de la zone sténosée une bande paroi postérieure biliaire respectée, mais très fibreuse".

"Reconstruire la voie biliaire en bout à bout sur un drain en T paraît illogique, propice à la sténose : état râpeux avec cholédocite du bas cholédoque longtemps intubé et qu'il faudrait réintuber pour des mois".

"Fente de l'origine de la branche gauche sur pince d'environ 2 cm, ce qui donne un orifice biliaire admettant sûrement le petit doigt".

Anastomose à points séparés avec une anse jéjunale montée en Y trans-mésentérique.

Drain sortant à la Witzel.

Biopsie hépatique.

- 3) Suites opératoires : petit moelena alors que la malade est sous héparine pour menace de phlébo-thrombose.
Cholangiographie de contrôle au 24^e jour, qui montre que le drain est tombé de l'anastomose. Ablation.
- 4) Suites tardives : l. 60 : n'a plus eu ni ictère, ni poussée fébrile.
Quelques douleurs épigastriques.

RIO.. Marcelle, 36 ans.

Y latéral élargi (56).

Résultat classé : guérison.

(invalidité totale de 7 mois).

COMMENTAIRE

Lésion certaine de la zone de convergence.

Recoupement de 2 cholangiogrammes et des constatations
visuelles opératoires.

ICONOGRAPHIE

Fistulographie.

Cholangiographie per-opératoire.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade 0. après 5 mois de fistule à gros débit.

1) Le 12. 1. 56 : Cholécystectomie.

Cholédocotomie d'un cholédoque dilaté.

Ablation du drain de Kehr au 23^e jour, suivie de fistule biliaire immédiate.

13. 2. 56 (un mois) : Reconstruction imparfaite par mise en place d'un drain de Kehr sur lequel on "refait" le cholédoque.

Fistule biliaire externe à l'ablation de ce drain laissé un mois.

2) Bichat. 6. 56 (5 mois).

Fistule biliaire externe à grand débit.

Fistulographie du 4. 5. 56 : imprégnation des 2 branches.

Chacune d'elles se termine par une image en fond de tube à hémolyse qui communique avec un trajet médian fistuleux.

Il existe l'image d'un remplissage digestif (vraisemblablement duodénum), qui fait la preuve que cette fistule externe s'accompagne d'une fistule interne, car on ne voit pas d'ombre cholédocienne.

Fistulographie le 8. 6. 56 : image analogue, mais sans trace de fistule biliaire interne.

19. 6. 56 : Y avec anastomose élargie sur la branche gauche
montée sur drain.

Ancienne incision médiane. Réparation facilitée par la maigreur de la malade et le fait que la réaction inflammatoire est moins importante qu'habituellement.

"Au-delà du duodénum, en suivant le trajet fistuleux, on arrive à la brèche du canal qui était interrompu à la bifurcation des branches droite et gauche".

"Radiographie par le drain introduit à ce niveau, qui

montre une branche gauche /assez horizontale et de gros calibre. Par contre le canal droit n'est pas injecté car la sonde a glissé dans la branche gauche".

"On explore les deux branches : pas de calcul".

"Il semble que l'orifice du canal droit est de calibre réduit et débouche dans la zone fibreuse. On le dilate en fendant son orifice vers le haut. Ensuite on fend délibérément depuis l'orifice fistuleux la branche gauche, qu'on a libérée du foie, sur sa face antérieure et sur 3 cm".

"On établit une anastomose hépatico-jéjunale à points séparés de soie vasculaire en un plan latéro-latéro-terminal (latéral sur le grêle, latéral sur le canal gauche, terminal sur la zone fibreuse)".

Dans l'orifice du canal droit on introduit une sonde de caoutchouc de petit calibre, qui sortira plus bas du jéjunum à la Volker".

Biopsie hépatique : Stade 0.

3) Suites immédiates : simples.

Sort au 30^e jour.

Drain ôté au 20^e jour. Le drain est tombé de l'anastomose lors de l'essai d'une cholangiographie de contrôle.

4) Suites éloignées :

12. 59 : guérison idéale.

Reconstruction (53).

Résultat classé : bon résultat, mais acquis secondairement.

On peut plus que suspecter que l'état actuel soit le fruit d'une fistule biliaire interne établie en Mai 56. Le patient refuse malheureusement tout examen complémentaire.

COMMENTAIRE

Indication de reconstruction prise à cause de la présence de la continuité postérieure de la voie biliaire.

Il ne s'agissait pas en réalité d'une véritable anastomose bout à bout, mais de la reconstitution de la voie biliaire autour d'un drain en se servant des tissus péri-jacents.

ICONOGRAPHIE

Fistulographie pré-opératoire.

1) Histoire biliaire complexe :

5. 50 : taille cholédocienne pour lithias biliaire plus pancréatite.

Angiocholite en Novembre 51 et Mai 52.

6. 52 : Cholécystestomie pour vésicule exclue (bile blanche). Elle est suivie d'hémorragies par le drain.

7. 52 : Cholécystectomie extrêmement difficile, suivie immédiatement de fistule externe, d'ictère et de fièvre.

2) Bichat : 4. 53 (délai 8 mois).

Ictère intense avec prurit, selles décolorées, bilirubine à 64 mg, fistule persistante, amaigrissement de 14 kg, chute des cheveux, caries dentaires, apyrexie, bilan hépatique paranormal. Néphrite chronique connue depuis 52, en poussée (Urée à 1 g).

Fistulographie : imprégnation du bas cholédoque qui est dilaté, où il reste un calcul ; petit passage duodéal, voies hautes injectées et non dilatées. Il existe au ras de la bifurcation une sorte de défilé en Y, qui fait communiquer la fistule, les voies hautes et la voie basse.

4. 2. 53 : Reconstruction par anastomose bout à bout montée sur drain transpapillaire.

Trans-rectale qui sera élargie horizontalement à droite. Adhérences sous hépatiques considérables. La fistule guide sur le pédicule.

Voie biliaire retrouvée facilement dans le hile.

La cholangiographie n'imprégne d'abord que la voie basse

et retrouve le calcul. On parvient par cathétérisme à franchir la sténose sus-jacente et l'on obtient un cholangiogramme des voies hautes qui affirme l'absence de dilatation et la communication des branches droite et gauche.

Après ébarbage de la région sténosée, on constate qu'il existe une continuité postérieure formant un éperon muqueux. Cet aspect fait évoquer à l'origine une prise latérale de la voie biliaire.

Dissection du bas cholédoque après décollement duodéno-pancréatique et abord de la papille par duodénotomie à minima.

On peut alors redresser la coudure biliaire et reconstituer la voie biliaire avec le tissu péri-cholédocien. Cette reconstitution est faite sur un drain qui franchit la papille à "frottement dur" et dont la branche horizontale sort du bas cholédoque par contre-incision.

Drain laissé 4 mois.

3) Suites immédiates : un peu difficiles car le drain se bouche à deux reprises. Ictère fébrile passager au lendemain de l'ablation du drain.

4) Suites éloignées : les deux premières années ne laissent pas d'inquiéter à cause de poussées d'angiocholite réitérées, puis d'un ictère générateur de prurit qui se prolonge durant un an. Le malade reprend cependant son travail.
En Mai 56 : violente douleur épigastrique accompagnée de fièvre ; au décours de cette crise les selles se recolorent, les urines s'éclaircissent et l'ictère disparaît progressivement et définitivement.

Revu en Décembre 59 : le patient se considère guéri,
travaille normalement et déclare ne plus avoir eu aucun
symptôme biliaire depuis Mai 56.

Longmire gauche (pédicule indissécable) (58).

Résultat classé : résultat inconnu,

car les nouvelles récentes que nous avons de cette malade sont imprécises.

COMMENTAIRE

Décision de faire un Longmire prise sur la conjonction de difficultés très importantes pour disséquer le hile, et d'une image radiologique jugée peu encourageante.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie trans-hépatique.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade II après 3 mois de fistule biliaire externe, puis 11 mois d'ictère intense avec poussées d'angiocholite.

1) Le 27. 2. 57 : Cholécystectomie pour cholécystite.

Reconstruction par suture bout à bout montée sur drain.

Fistule biliaire externe immédiate, tarie spontanément en 3 mois, suivie d'ictère et d'angiocholite.

2) Bichat. 7. 58 (délai, 14 mois).

Rétention importante. Bilirubine à 60 mg.

Poussée fébrile à 38° - 39°.

Bilan hépatique : thymol 14

céphaline cholestérol +

28. 7. 58 : Longmire gauche, après résection du segment III, sur un canal admettant un drain n° 10.

Médiane dépassant l'ombilic.

"L'abord du pédicule hépatique est rendu impossible par l'existence d'un bloc inflammatoire et l'on pratique une ponction du foie qui est positive et permet d'injecter la Diodone, qui montre un arrêt total dans le hile, une communication des deux lobes et l'absence de moignon sous-jacent à la bifurcation, permettant d'espérer une réparation biliaire dans le pédicule". "Dans ces conditions on opte pour une anastomose intra-hépatique par résection du segment III".

Anastomose satisfaisante.

Biopsie hépatique : Stade II.

3) Suites immédiates : favorables.

Sort anictérique au 40^e jour.

Le 12. 8. : bilirubine à 30 mg.

Le 1. 9. : bilirubine à 13 mg.

Drain laissé un mois, donnant en moyenne 300 cc. Revue en bonne santé au 3^e mois, ni sels, ni pigments dans les urines.

VACH.. Blanche, 47 ans.

Y latéral élargi par voie transcissurale (56).

Résultat classé : guérison.

COMMENTAIRE

Unique observation d'abord transcissural de la convergence.
Bonne dérivation centrale intra-hilaire, malgré l'absence
d'image radiologique de moignon sous-jacent à la convergence des branches droite et gauche.

ICONOGRAPHIE

Cholangiographie per-opératoire.

Cholangiographie de contrôle.

VACH..... Blanche, 47 ans.

1) Le 26. 2. 56 : Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire douloureuse, depuis 20 ans, mais non ictérigène.

Fistule biliaire externe.

24. 3. 56 : reconstruction bout à bout sur drain de Kehr qui est arraché au 15^e jour.

2 mois sans symptôme, puis rétention et angiocholite.

2) Bichat. 10. 56 (8 mois).

Rétention modérée et variable. Bilirubine 53 mg.

Pas de fistule. Ne présente pas de poussée angiocholitique actuelle.

9. 10. 56 : Y latéral élargi. (Dr. HEPP, Dr. COUINAUD)

"Sous-costale droite.

Libération des adhérences sous-hépatiques dont une extrêmement serrée du duodénum avec le parenchyme hépatique, qui pourrait représenter les traces d'une fistule biliaire interne.

On ne trouve pas d'élément biliaire dans la région sus-duodénale et on dissèque dans la région du hile.

La ponction répétée à plusieurs reprises, et poussée assez en profondeur sur la gauche, ramène à un moment donné de la bile, ce qui permet de faire une radiographie".

La cholangiographie montre une nette dilatation, un cholangiogramme complet, l'absence de tout moignon sous-jacent à la zone de convergence.

"On reprend alors la dissection à la recherche de la branche gauche mais on rencontre la branche gauche de la veine porte qui est ponctionnée à plusieurs reprises, et qui barre la région. Aussi décide-t-on de faire une voie

d'abord par section d'avant en arrière de la scissure principale du foie.

Cette section est effectuée sous hémostase préventive par fils passés à travers le parenchyme ; elle est dirigée initialement trop vers la droite, puis réalisée en direction corrigée vers la gauche. Elle amène à surplomber un canal biliaire que l'on ouvre longitudinalement et qui est sans doute un élément droit qui semble communiquer parfaitement avec le système gauche. On agrandit l'incision longitudinale et on établit une anastomose latéro-latérale sur drain tuteur de caoutchouc (n° 10) avec une anse grêle isolée en Y et fermée sur écraseur à son extrémité, après recoupe en raison d'une cyanose sur quelques centimètres.

Cette anastomose est faite en un plan au nylon chargeant le bord de la muqueuse grêle et quelques points de suspension jéjuno-hépatiques. L'anse est montée trans-mésocolique. Elle est suturée au méso-colon.

Le drain biliaire sort par contre-incision du grêle à quelques centimètres de l'anastomose à la Volker-Witzel".

3) Suites opératoires : simples.

Drain ôté à la 7^e semaine.

Cholangiographie de contrôle faite à un mois, cholangiogramme complet : on voit les 2 bords de l'anastomose mais il est impossible, en raison des superpositions (canal du segment V recoupant l'ombre du canal gauche) d'affirmer avec certitude sa topographie. Elle mord plus vraisemblablement sur la branche gauche que sur la branche droite.

4) Suites éloignées : 12. 59 : vie normale, sans régime ni aucun symptôme.

Y en ventouse (54)

Dogliotti préférentiel (55)

Résultat classé : Echec pour la ventouse.

Bon résultat pour le Dogliotti.

COMMENTAIRE

Indication : aujourd'hui on s'efforcera de faire dès la première intervention une anastomose centrale utilisant la branche gauche que la radio montre dilatée.

Il s'agit de l'une des deux seules réparations itératives effectuées à Bichat, pour des cas qui ne comportaient pas de destruction de la zone de convergence.

Intérêt particulier : présence d'une lithiase haute laissée en place.

ANATOMOPATHOLOGIE : Stade II après 29 mois d'évolution : 4 mois de fistule biliaire, 13 mois de rétention plus angiocholite.

1) Le 22. 7. 53 : Cholécystectomie pour lithiase douloureuse et ictérigène.
Plaie méconnue.

Fistule biliaire externe tarie en trois mois, laissant place à des crises d'angiocholite répétées.

2) Bichat. 2. 54 (délai 7 mois).

Ictère, douleurs de l'hypochondre droit, bilan hépatique para-normal.

23. 2. 54 : Y en ventouse sur drain.

Paramédiane droite.

Découverte d'une fistule biliaire interne hépato-duodénale. Absence de toute voie biliaire dans le pédicule. Ponction du hile ramenant de la bile.

Cholangiographie : dilatation notable, pas de moignon visible radiologiquement, aspect un peu vermoulu des canaux. Cholangiogramme complet.

On ne peut réaliser qu'une anastomose unissant le cratère auquel aboutit la voie biliaire supérieure et l'anse jéjunale montée en Y.

Drain de Champeau transanastomotique, dont la branche horizontale sort du grêle à la Witzel.

3) Suites immédiates : simples.

Sort au 30^e jour. Drain laissé 5 mois.

Dès la fin de 54, nouvelles douleurs avec ictère prurigène et poussées thermiques.

Bichat. 10. 55 : réintervention pour sténose de l'anastomose, dénoncée par un subictère devenu continu et l'existence de crises d'angiocholite répétées.

24. 10. 55 : Dogliotti.

Nouvelle paramédiane.

Foie globalement hypertrophié et d'aspect non cirrhotique.
Abord d'une branche du segment III après dissection du
ligament rond.

Cholangiographie : notable dilatation qui a progressé par
rapport au précédent cholangiogramme. Cholangiogramme
complet : petit passage par un défilé ténu dans l'ancienne
anse en Y. Absence d'image de moignon sous-jacente à la
bifurcation. Image de calcul plus que vraisemblable dans le
canal latéral inférieur droit.

La bile recueillie était d'ailleurs saturée de calculins.
Dogliotti après résection partielle du segment III sur un
canal qui admet un catheter de caoutchouc n° 12.

La pince qui explore les voies biliaires par cet orifice
n'a pu retrouver le calcul désigné par la radio.

Pas d'action sur l'ancienne anastomose.

Biopsie : Stade II.

Sclérose portale inflammatoire à disposition étoilée sans
altération des hépatocytes. Légère dilatation canaliculaire.
Très peu d'accumulation pigmentaire.

Suites immédiates : simples.

Revue le 20. 4. 56 : bon état général, bilirubine à 4 mg.
BSP 15' 25 % 45 ' 10 %

En 1. 60 : plus aucun symptôme biliaire. Poids normal.
activité normale.

Y bord à bord irrégulier (sur canal droit)	51
Dilatation anastomose,	52
Dogliotti de désespoir..	56

Résultat classé : Echec pour la dérivation centrale.

Echec pour le Dogliotti "de désespoir".

Observation classée parmi les lésions atteignant la zone de convergence.

COMMENTAIRE

Les 3 contrôles après la première intervention ne montrent que le canal droit.

La cholangiographie per opératoire, qui a été pratiquée à travers l'anastomose à laquelle "l'on n'a pas touché", ne montre derechef que le canal droit.

Le dernier cholangiogramme, fait par voie trans-hépatique gauche, opacifie les deux branches droite et gauche, mais la malade a été réopérée entre temps pour un gros abcès bilio-septique sous-hépatique. Tout laisse penser qu'il y a donc eu à ce niveau de gros remaniements et que cette communication est sans doute le fruit d'une fistulisation secondaire.

La zone de convergence de ces deux branches a d'ailleurs un dessin très particulier et l'on remarquera l'absence d'imprégnation du secteur centro-supérieur.

Observation classée d'autre part parmi les indications de désespoir de dérivation intra-hépatique périphérique.

ICONOGRAPHIE

Contrôle post-opératoire du 24. 11. 51 (1^è intervention)

Cholangiographie per-opératoire du 5. 5. 52.

Cholangiographie per-opératoire du 2. 2. 56.

ANATOMOPATHOLOGIE : Intérêt de 2 histologies successives. Stade II après 22 mois d'évolution (2 mois de fistule biliaire puis rétention et angiocholite). Stade III, avec importantes lésions des hépatocytes, 3 ans plus tard (poussée d'ictère et d'angiocholite subintrante).

- 1) Le 27. 6. 50 : Cholécystectomie pour lithiasse douloureuse et ictérigène en poussée ictérique et fébrile.
Cholédoque vu mais non exploré instrumentalement, ni radiologiquement car il est trouvé fin.
Fistule biliaire externe immédiate, tarie spontanément en un mois et qui laisse derrière elle un ictère prurigène, aggravé de crises d'angiocholite.

2) Bichat. 10. 51 : (16 mois)

Amaigrissement de 20 kg.

Importante rétention avec prurit. Gros foie. Cholémie à 125 mg. Eprouves hépatiques : Thymol 118

Gros 1, 5

Céphaline-cholestérol ++

Antibiotiques pré-opératoires à cause d'un état sub-fébrile et d'une polynucléose à 12.000 blancs.

27. 10. 51 : Y bord à bord irrégulier.

Reprise de l'ancienne médiane, qui présente une éventration. Adhérences sous-hépatiques habituelles. Foie très gros, nettement cirrhotique.

"On aperçoit au bord supérieur du duodénum très attiré près du hile du foie une poche translucide, qui contient manifestement la bile ; on l'ouvre : on ne peut cathétériser par cette voie ni l'hépatique en haut, ni le cholédoque en bas. On parvient cependant à faire une radiographie qui apporte un élément décisif : la poche n'est pas la voie biliaire, elle communique en haut par un tout petit pertuis à l'hépatique, en bas par une fistule à trajet régulier par le duodénum aussitôt injecté, sans que se dessine le cholédoque".

On dissèque vers le haut pour retrouver la voie biliaire, ceci amène sur un canal dont "on parvient à disséquer un

petit moignon d'un centimètre, à paroi fibreuse et épaisse".

Anastomose imparfaite par 6 points séparés de lin.

Drain tuteur qui sortira du grêle à la Witzel.

3) Suites opératoires : simples en dehors d'un épisode pulmonaire aigu.

Le drain laissé un mois donne 150 cc par jour.

Sort déjàunie au 40^e jour avec des selles colorées et des urines vierges de sels et de pigments biliaires.

Le 24. 11. 51 : cholangiographie de contrôle : opacification des voies hautes. Excellente imprégnation de la branche droite. Aucune image de canal gauche. Cette image est superposable à celle du cholangiogramme per-opératoire.

On voit fort bien l'image de l'anastomose, ce qui permet de juger de son calibre.

Cette cholangiographie confirme l'image donnée par le contrôle effectué 15 jours plus tôt. Elle est confirmée par un contrôle ultérieur, pratiqué 8 jours plus tard, alors que la sonde est tombée de l'anastomose.

4) Evolution ultérieure :

En Décembre : une poussée d'angiocholite.

A partir de Février 52 l'ictère récidive et reste continu jusqu'en Mai.

Bichat. 5. 52 : rétention complète, cholémie 128

Thymol 119

Gros 1, 8

Céphaline-cholestérol ++

5. 5. 52 : Dilatation de l'anastomose.

Abord de l'anse grêle facilement retrouvée. Abord de l'anastomose après ouverture de cette anse. "On parvient à la cathétériser avec difficulté et on parvient à la dilater très progressivement avec des bougies de calibre croissant". A aucun moment l'anastomose n'est défaite.

Biopsie hépatique : Stade II.

Sclérose portale inflammatoire avec tendance à la disposition étoilée et dédifférenciation du parenchyme avoisinant. Canaux terminaux à lumière rétrécie. Peu d'accumulation pigmentaire.

La Cholangiographie per-opératoire ne montre à nouveau qu'une image qui n'est incontestablement que l'ombre du seul canal droit.

Sort le 1. 6. avec un léger sub-ictère.

10. 6. 54 :

2 ans plus tard

Hospitalisation d'urgence pour occlusion avec ictère.

On trouve à l'intervention un abcès bilio-septique sous hépatique dont on ne peut préciser l'origine et un système d'adhérences comprimant la fin du grêle et le colon transverse, qui oblige à pratiquer une iléo-sigmoïdostomie.

Dès lors les poussées d'angiocholite et de sub-occlusion se succèdent constamment.

Bichat. 2. 56 : Ictère généralisé durable, forçant à réintervenir une 3^e fois.

2. 6. 56 : Dogliotti.

Paramédiane droite.

"On ne cherche pas à aborder l'ancienne anastomose hépatico jéjunale".

Cholangiographie par un canal abordé après dissection du flanc gauche du ligament rond. Elle montre les deux branches droite et gauche et un petit passage dans l'anse montée à travers un fin et très long pertuis.

Le canal biliaire découvert n'est pas d'un calibre qui permette l'anastomose. Section atypique de la partie inférieure du lobe gauche pour découvrir "une bifurcation biliaire que l'on sectionne au niveau de sa fourche pour obtenir un canal de 3 à 4 mm de diamètre".

Anastomose avec l'estomac faite à points séparés de soie vasculaire.

Le déjaunissement est long et incomplet.

Durant les 2 années qui suivent : sub-ictère et angiocholite persistent et le bilan hépatique s'altère de plus en plus.

Décès le 4. 7. 58, après hématomose massive.

Prélèvement nécropsique : Stade III très marqué.

Sclérose diffuse et très mutilante.

Stéatose cellulaire.

Canaux trans-biliaires totalement dépourvus de revêtement muqueux. Peu d'accumulation pigmentaire. Thrombose partielle de la veine porte. Enorme névrome d'amputation au niveau d'un gros canal biliaire situé dans le hile.

B I B L I O G R A P H I E

I - Les principaux ouvrages qui nous ont servi de référence de base sont les suivants :

Ils réunissent une très importante bibliographie.

- 1 - ALLAINES (Cl. d'). Restauration de la voie biliaire principale.
Thèse Paris 1952.
- 2 - CHAMPEAU (M.), PINEAU (P.). Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson. - 1 vol. Paris, Masson Ed. 1952.
- 3 - HEPP (J.). Les fistules biliaires. -(Rapport au 54^e Congrès Fr.Ch. 1952.)
- 4 - " Fistules bilio-bronchiques et plaies opératoires des voies biliaires. (Rev. Int. Hépat. 1958, 8, n° 3, 207-218. Bibliog.)
- 5 - " La place des anastomoses intra-hépatiques en chirurgie biliaire. (Réception Roy. Coll. Durg. of Eng. 1er Juin 1956).
- 6 - " Deux cas de sténose cicatricielle de la voie biliaire principale après cholécystectomie. (Mém. Acad. Ch. 1951, 77, 570).
- 7 - " Les anastomoses bilio-digestives intra-hépatiques. (un film primé aux Entretiens de Bichat 1956).
- 8 - HEPP (J.), ALLAINES (Cl. d'). - Le traitement des sténoses cicatricielles de la voie biliaire principale par l'hépatico-jéjunostomie en Y. (Journ. Ch. 1952, 68, n° 6-7, 409-427).
- 9 - HEPP (J.), ALLAINES (Cl. d'). - Place des anastomoses bilio-jéjunales en chirurgie biliaire. (Sem. Hôp. 1954, 9, 502).
- 10- HEPP (J.), ALLUAUME. - Vingt-huit observations d'opération restauratrice pour fistule ou sténose biliaire après cholécystectomie. (Mém. Acad. Ch. 1955, 81, 274-282).

- 11 - HEPP (J.), COUINAUD (C.). - L'abord et l'utilisation du canal hépatique gauche dans les réparations de la voie biliaire principale.
(Presse Méd. 23 Mai 1956, 64, n° 41, 947-948).
- 12 - HEPP (J.), MERCADIER (M.). - Cancers des voies biliaires extra-hépatiques. (Sem. Hôp. (Ann. Ch.), 1956, 32, C 85-96).
- 13 - HEPP (J.), MERCADIER (M.), BALANSA. - Les cancers des voies biliaires extra-hépatiques (10 observations).
(Arch. Mal. App. Dig. 1954, 43, 1041-1057).
- 14 - MELEY (J.). - Contribution à l'étude des rétrécissements cicatriciels de la voie biliaire principale après cholécystectomie.
(Thèse Lyon 1948. Bosc).
- 15 - PREMONT (M.). - Les anastomoses bilio-digestives intra-hépatiques.
(Thèse Paris 1957, Foulon Ed.)
- 16 - VERNE (J.M.). - Contribution à l'étude expérimentale de la dérivation biliaire : résultats précoces.
(Thèse Paris 1940).
- 17 - VERNEJOUL (R. de), DEVIN. - Les rétrécissements post-opératoires des voies biliaires.
(1 vol. Paris, Masson Ed. 1953).

II - Principales références sur l'anatomie, et l'anatomie radiologique du foie.

- 18 - BELLINAZZO (P.), PALMIERI (R.). - Bases anatomiques des cholangio-jéjuno et gastrostomies intra-hépatiques.
(Chirurgia, 1953, 5, 285).
- 19 - BOURGEON (R.), PIETRI (H.), GUNTZ (M.), VIDEAUS (S.). - La place de la splénoportographie transpariétale dans le diagnostic des formations tumorales du foie.
(Ann. Ch. Avril 1959, 13, n° 7-8, 365).

- 20 - BOURGEON (R.), PIETRI (H.), GUNTZ (M.). - La radio-anatomie normale de la veine porte intra-hépatique.
(Presse Méd. 1955, 63, n° 22, 465).
- 21 - COUINAUD (Cl.), LEFOIE. - Etudes anatomiques et chirurgicales.
1 vol. Paris 57 (Masson).
- 22 - GARRET. - Anatomie radiologique des voies biliaires intra-hépatiques.
(Thèse Paris, 1952).
- 23 - " Jour. Ch. 1953, n° 1, 69.
- 24 - HJORTSJO. - Anatomie des voies biliaires intra-hépatiques de l'homme d'après des études radiographiques et après injections avec contribution à la connaissance de la topographie interne du foie
(Lund. 1948).
- 25 - LE CANUET, DEBRAY (Ch.), ROUX (Marcel). - Etude de la voie biliaire principale et des voies biliaires intra-hépatiques au cours de la cholécystographie.
(Arch. Mal. App. Dig. 1952, 1198).
- 26 - LEGER (L.). - La spléno-portographie transpariétale. 1 vol. Paris.
- 27 - ROUX (Marcel), BERNIER (E.), DEBRAY (Ch.), LE CANUET, GARRET (J.). - Anatomie radiologique des voies biliaires intra-hépatiques.
(Jour. Ch. 1953, 69, 5).
- 28 - SCHMIDT, GUTMANN. - Etude radiologique des voies biliaires intra-hépatiques.
(Anatomischer Anzeiger, 1954, 100, 18-20).

III - Principales références récentes.

- 29 - ANDERSON (R.), HOERR (S.O.). - La reconstruction de la voie biliaire principale à l'aide de greffes cutanées à lambeaux.
(Plast. Reconstr. Surg. , mars 1956, 17, n° 3, 203-210)(Bibliog.)
- 30 - ANDREASSEN (M.). - Les lésions opératoires des voies biliaires extra-hépatiques.
(Acta chir. Scand., 22 Août 1957, 113, n°2, 101-108). (Bibliog.)
- 31 - ARAR (R.M.). - A propos des blessures des voies biliaires au cours des gastrectomies.
(Thèse Paris, 1955, n° 987, 51 p.)
- 32 - ARIANOFF (A.A.), GELIN (A.). - 1er rapport : les réinterventions sur les voies biliaires.
(Acta Ch. Belg. (supp. 1), 11è Congrès belge de chirurgie, 25 Mai 1957, 5-214). (Bibliog.)
- 33 - ARIANOFF (A.A.). - Procédé de réparation de la voie biliaire principale en cas de destruction ou de sténose importante.
(Acta Ch. belg. nov. 1956, n° 8, 667-675). (Bibliog.)
- 34 - ARIANOFF (A.A.). - Technique personnelle de reconstitution de la voie biliaire : néocholédoque gastrique.
(J. Internat. Coll. Surgeons, nov. 1958, 30, n° 5, 657-659).
- 35 - BIERRING (K.). - Lésions des voies biliaires dans la cholécystectomie.
(Acta Ch. Scand., 1953, 105, n° 1-4, 27-32).
- 36 - BLEGEN (H.M.). - L'opération de Roux en Y. Nouvelles considérations sur le traitement des lésions de la voie biliaire principale et du pancréas. Relation de 5 cas.
(Arch. Surg. fév. 1955, 70, n°2, 298-302).
- 37 - BONANOME (A.), BEGANI (R.). - La reconstruction des voies biliaires extra-hépatiques. (contribution expérimentale).
(Arch. ital. Ch. 75, n° 5, 392-404)

- 38 - BOREN, WALTERS. - Strictures of the bile duct and their treatment.
(Proc. of Staff-Meet of Mayo Clin. 1955, 30, 245-252).
- 39 - BORNEMISZA (G.). - Plastie expérimentale du cholédoque au moyen d'un segment rétréci du jéjunum, avec application provisoire d'une prothèse en polyéthylène.
(Zblq. Ch. 26 Juil. 1958, n° 30, 1485-1495). (Bibliog).
- 40 - CAROLI, HEPP, SOUPAULT. - Sur les indications de l'angio-cholégraphie intra-hépatique per-cutanée et des anastomoses biliaires intra-hépatiques.
(Revue des Mal. du Foie, 1955, 30, 39-56).
- 41 - CARPENTIER (J.C.), CRANDELL (W.B.). - Traumatismes du cholédoque et du canal de Wirsung au cours des interventions sur l'estomac.
(Ann. Surg. juil. 1958, 148, n° 1, 66-72). (Bibliog).
- 42 - CATTELL (R.B.). - Benign strictures of the bile ducts. Purposes and methods of reparation.
(S. Clin. North. Am. 1943, 4, 714).
- 43 - CATTELL (R.), BREASCH (J.). - Primary repair of benign strictures of the bile duct.
(S.G.O. nov. 1959, 109, n° 5, 531).
- 44 - " S. Clin. North Am. 1958, 38, 645).
- 45 - CHAMPEAU (M.), PINEAU (P.). - A propos de l'abord du confluent biliaire. Voie trans-hépatique.
(Mém. Acad. Ch. 1955, 81, 635-644).
- 46 - CILLO (L.), GAMBA (A.). - Contribution au traitement chirurgical des sténoses cicatricielles du cholédoque.
(Minerva Ch. 31 mai 1956, 11, n° 10, 395-405).
- 47 - CLAVEL (C.). - Rétrécissement cicatriciel du cholédoque.
(Lyon Ch. , nov.déc., 1954, 49, n° 8, 950-951).

- 48 - COLE (W.). - Precautions in treatment of strictures of common bile duct.
Am. Surgeon , 1954, 20, 234-247).
- 49 - COLE (W.) WARREN. - Strictures of the common bile duct : study of 122 cases.
(Ann. Surg., 1955, 142, 537).
- 50 - DEVIN, BONNEAU, COURBIER, INGLESAKIS, JEAN (C.). - Réparation des voies biliaires par greffe veineuse libre.
(Presse Méd. 1er Oct. 1952, 60, n° 61, 1286-1289). (Bibliog.)
- 51 - DOGLIOTTI (A.M.). - Le traitement chirurgical des rétrécissements cicatriciels des voies biliaires.
(Lyon Ch. Juil., 1957, 53, n° 4, 563-572).
- 52 - DOGLIOTTI (A.M.), FOGLIATT (E.). - Operations for fibrous stenosis of common bile duct.
(S.G.O., 1954, 36, 69-79).
- 53 - DONALDSON, ALLEN (A.W.), BARTLETTE (M.R.). - Post operativ strictures of the bile ducts : etiology and treatment.
New Eng. J. Med. 1956, 254, 50-56).
- 54 - DRAGSTEDT (L.R.), WOODWARD (E.R.). - Reconstruction transduodénale des voies biliaires.
(Surg. Gyn. Obst. janv. 1952, 94, n° 1, 53-56). (Bibliog.)
- 55 - DUSCHL (F.), LAMMLE (J.A.). - Contribution au remplacement plastique des voies biliaires.
(Brun's Beitr. Klin. Chir. 1952, 185, n°3, 302-321).
- 56 - EFSKIND (L.), HELSINGEN (Jr.). - Les lésions opératoires des voies biliaires.
(Acta ch. Scand. 9 déc. 1956, 111, n°6, 475-480). (Bibliog.)
- 57 - FRANKE (H.). - Sur les plasties des voies biliaires.
(Ztbl. f. Ch. 1955, 80, 235-245).

- 58 - FUCHSIG (P.). - Drainage par aspiration endoduodénale continue, traitement des fistules post-opératoires des voies biliaires.
(Wien Klin. Wschr. 23 oct. 1953, 65, n° 43, 889-892) (Bibliog.)
- 59 - GARDNER (R.E.), BINKLEY (F.M.), BELL (H.G.). - Les problèmes de la réparation de la voie biliaire principale.
(Am. J. Surg. juil. 1954, 88, n° 1, 125-128) (Bibliog.)
- 60 - HICKEN (N.F.), Mc ALLISTER (A.J.). - Le traumatisme accidentel des voies biliaires.
(Arch. Surg. janv. 1959, 78, n° 1-1-6)
- 61 - HULTEN (O.). - Le canal hépatique gauche et la réparation des lésions du cholédoque.
(Acta Ch. Scand. 10 déc. 1957, 113, n° 6, 506-507).
- 62 - " Le canal hépatique gauche et son utilité dans la réparation des traumatismes du cholédoque.
(Acta Ch. Scand. 15 av. 1958, 114, n° 5, 355-360) (Bibliog.)
- 63 - KARLSON (R.), NILSON (A.E.). - La déformation des voies biliaires pendant la cholécystectomie, cause possible de traumatisme chirurgical.
(Acta Ch. Scand. 1958, 115, n° 6, 427-432).
- 64 - KOURIAS (B.), SAPKAS (A.), ATHANASSAKOS (C.). - Contribution aux opérations biliaires itératives. (causes, indications, résultats).
(Chirurg., janv. 1959, n° 1, 1-10). (Bibliog.)
- 65 - LAHEY, PYRTEK. - Experience given by 280 operations for stricture of the common bile duct.
(S.G.O., 1950, 91, 25).
- 66 - LASALA (A.), MASLO (P.). - Chirurgie des voies biliaires. Conduite en présence de la section accidentelle de l'hépatocolédoque.
(Prensa Med. Argent., 14 mai 1954, 41, n° 20, 1347-1349).

- 67 - LEGER (L.). - Cholangiographie trans-pariéto-hépatique.
(Presse Méd., 1952, 60, 936).
- 68 - " Mém. Acad. Ch. 1956, 82, 410.
- 69 - LEHNER (A.). - A propos de la physio-pathologie du foie et des voies biliaires dans les cas d'anastomoses bilio-digestives.
(Médecine et Hygiène, Genève, 1956, 14, 315).
- 70 - LONGMIRE (W.P. Jr.), LIPPMAN (H.N.). - Intra hepatic cholangio jejunostomy. An operation for biliary obstruction.
(Surg. Clin. N. Am., 1956, 36, 849-863).
- 71 - McCURRICH (H. Jr.). - Une méthode de restauration du flux biliaire après lésion du cholédoque.
(J. Internat. Coll. Surg. sept. 1954, 22, n° 3, 243-246).
- 72 - McGOON (D.C.), CLAGETT (O.T.). - La méthode du tube en vitallium pour la réparation des canaux biliaires.
(Surg. Gyn. Obst. av. 1958, 106, n° 4, 409-412) (Bibliog.)
- 73 - MAINGOT (R.). - Les rétrécissements post-opératoires des voies biliaires.
(Ann. Roy. Coll. Surg. England, mars 1959, 24, n° 3, 186-203)
(Bibliog.)
- 74 - MALLET-GUY (P.), KESTENS (P.J.). - Statistiques d'interventions itératives sur les voies biliaires.
(Acta Ch. Belg. mai 1957, n° 5, 454-463).
- 75 - MALVY (P.). - Plaie opératoire du carrefour biliaire. Plastie sur drain.
(Mém. Acad. Ch. 15 et 22 oct. 1958, 84, n° 24-25, 784-789).
- 76 - MANFREDI (D.). - Reconstruction expérimentale du cholédoque au moyen de lambeaux d'artère, de veine et d'uretère, conservés dans l'alcool.
(Arch. ital. Ch. 1954, 78, n° 3, 189-204) (Bibliog.)

- 77 - MATHIEU (J.), DESJACQUES (P.). - Fistule biliaire externe après cholécystectomie. Anastomose hépatico-duodénale médiate sur tube perdu. Résultats datant de dix ans.
(Lyon Ch. nov.déc., 1954, 49, n° 8, 951-952).
- 78 - NISSEN (R.). - Prévention de récidives de sténoses après remplacement du canal hépatique et du cholédoque.
(Deutsche med. Wschr., 27 mars 1959, n° 13, 580-581).
- 79 - OESTERN (H.F.). - L'opération pour le rétablissement de la perméabilité des voies biliaires dans les sténoses et les lésions, ainsi qu'une contribution à l'élargissement de la technique opératoire de Goetze.
(Langenbecks Arch. Klin. Ch. 1958, 288, n° 1, 69-77) (Bibliog.)
- 80 - PAULINO (F.). - Rétrécissement chirurgical de la voie biliaire principale.
(Rev. Brasil. Cir. janv. 1958, 32, n° 5, 560-561) (Bibliog.)
- 81 - PETERSON (C.G.), KRIPPAEHNE (W.W.). - An aid to the identification of the hilar structures.
(Surg. av. 1959, 149, n° 4, 515-518) (Bibliog.)
- 82 - PEYCELON (R.), GUILLEMIN (G.). - Résultats éloignés cliniques et radiologiques des opérations reconstructrices pour rétrécissements cicatriciels du cholédoque.
(Lyon Ch., oct. 1954, 49, n° 7, 870-872).
- 83 - PTACHEK (C.A.). - Reconstitution opératoire du canal hépatique sectionné en cours d'intervention.
(Khirurgia (Moscou), 1956, n° 6, 71-72).
- 84 - ROSANOV (B.S.). - A propos des opérations visant à la reconstruction des voies biliaires extra-hépatiques.
(Khirurgia (Moscou), 1958, n° 8, 3-10)

- 85 - ROUX (M.). - Restauration immédiate d'un canal biliaire accessoire blessé au cours de la cholécystectomie.
(Mém. Acad. Ch., 9-16 mars 1955, 81, n° 10-11, 287-288).
- 86 - SALEMBIER (Y.). - Le risque opératoire en chirurgie tibio-pancréatique.
(Masson Ed., Paris, 1957, 260 pages).
- 87 - SANTOS et coll. - La reconstruction des voies biliaires.
Surgery, Sept. 1957, 42, n° 3, 462-473) (Bibliog.)
- 88 - SCHATTEN (W.E.), CRAMER (L.M.), HERBSMAN (H.), SWARM (R.L.). - Reconstruction expérimentale du cholédoque par des greffes cutanées fendues en épaisseur.
(Surg. Gyn. Obst. déc. 1957, 105, n° 6, 747-753).
- 89 - SILEN, MAWDSLEY (D.L.), WEIRICH (W.L.), McCORKLE (H.J.). - Action de tubes en caoutchouc sur la cicatrisation des anastomoses du cholédoque.
(Arch. Surg. juin 1956, 72, n° 6, 908-914) (Bibliog.)
- 90 - SMIRNOV (E.V.). - Lésion opératoire du canal hépatique.
(Khirurgia (russe), oct. 1953, n° 10, 84-87).
- 91 - SOUPAULT (R.), COUINAUD (CL;). - Sur un procédé nouveau de dérivation biliaire intra-hépatique. Les cholangio-jéjunostomies gauches sans sacrifice hépatique.
(Presse Méd. 22 juin 1957, 65, n° 50, 1157-1159).
- 92 - TURIAF (J.), HEPP (J.), BLANCHON (P.). - Fistule bilio-bronchique consécutive à une sténose post-opératoire de la voie biliaire principale. Rétablissement de la voie d'évacuation biliaire par anastomose chirurgicale cholédoco-duodénale. Guérison.
(J. franç. Méd. Ch. thor., 1956, 10, n° 1, 60-67) (Bibliog.)
- 93 - VERNEJOUL (R. de), HENRY (E.), DEVIN (R.), SARLES (H.). - Les sténoses post-opératoires de la voie biliaire principale. A propos de 10 observations.
Maroc Méd. av. 1954, 33, n° 347, 400-407) (Bibliog.)

94 - WARREN, COLE. - Strictures of the common bile duct.

(Surgery, 1958, 43, n° 2, 320).

95 - ZANINI (P.). - Un cas de lésion opératoire du cholédoque et sa réparation chirurgicale.

(Minerva Ch., 15 mai 1957, 12, n° 9, 430-433) (Bibliog.)

TABLE DES MATIERES

Pages

<u>INTRODUCTION</u>	1
- But de cette étude.	3
- Matériel étudié.	4
- Définitions liminaires.	5
- Conception du problème posé par les réparations différées :	9
. les lésions de la voie biliaire	9
. les principes thérapeutiques	18
 <u>L'ATTITUDE PRATIQUE</u>	 26
- L'examen pré-opératoire.	27
- La radiologie.	32
- Le déroulement de l'intervention.	43
- Les suites opératoires.	61
 <u>ANALYSE EN FONCTION DES TECHNIQUES UTILISEES (Résultat et Indications).</u>	 65
- Code du classement des Résultats.	66
- Reconstructions.	69
- Dérivations intra-hépatiques.	78
- Dérivations centrales.	89
. Y en ventouse	95
. Y bord à bord terminal	98
. Y latéral élargi	103

- Les Réparations itératives.....	110
- Les Autres Interventions.....	112
- Les procédés rejetés.....	113
<u>STATISTIQUES.....</u>	114
- Statistique globale.	115
- Statistique partielle en fonction des lésions :	119
.Convergence respectée	119
.Convergence détruite.	122
<u>ANALYSE EN FONCTION DES LESIONS.</u>	125
- En fonction de la topographie des lésions biliaires :	
Destruction de la convergence et absence de communication des foies droit et gauche.	126
- En fonction des lésions histologiques :	146
. Le retentissement hépatique	148
. L'état histologique des canaux biliaires.	158bis
<u>CONCLUSIONS</u>	
OBSERVATIONS.	
BIBLIOGRAPHIE.	

